BIBLIOTHÈQUE

DU

MÉDECIN-PRATICIEN.

PARIS. IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES
36, rue de Vaugirard.

BIBLIOTHÈQUE

DU

MÉDECIN-PRATICIEN

OU

RÉSUMÉ GÉNÉRAL

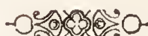
DE TOUS LES OUVRAGES DE CLINIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE,
DE TOUTES LES MONOGRAPHIES,
DE TOUS LES MÉMOIRES DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES,
ANCIENS ET MODERNES, PUBLIÉS EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER;

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS:

Sous la Direction du Docteur FABRE,
Chevalier de la Légion-d'Honneur,

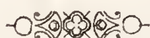
AUTEUR DU DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE,
RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE DES HÔPITAUX.

TOME QUATRIÈME.



MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX CHEZ L'HOMME,

ET DE LA FIN DE L'APPAREIL URINAIRE.



PARIS.

ON SOUSCRIT AU BUREAU DE LA GAZETTE DES HOPITAUX
(LANCETTE FRANÇAISE.)
ET DU DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE,
RUE DAUPHINE, 22-24.

1845.



BIBLIOTHÈQUE

DU

MÉDECIN-PRATICIEN.

TROISIÈME SÉRIE.

MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX CHEZ L'HOMME,

ET DE LA FIN DE L'APPAREIL URINAIRE.

Cette série comprendra d'abord la fin de l'appareil urinaire, c'est-à-dire les pièces de cet appareil, qui ont le plus de rapport avec l'appareil génital. La combinaison de ces deux appareils, qui fait ici une économie d'espace, est une cause de complication, et jette dans la pathologie plus d'une difficulté que nous chercherons à aplanir dans l'intérêt des praticiens. Les maladies du col de la vessie, de l'urètre, de la prostate sont liées aux maladies des vésicules séminales et des testicules; celles-ci à leur tour influencent l'urètre et le col de la vessie. Ainsi, arrivés à cette partie de la pathologie de l'appareil urinaire, il nous est impossible de la séparer de celle des organes génitaux, comme il serait impossible de le faire physiologiquement et même anatomiquement. Dans la série qui va commencer, nous étudierons donc d'abord les maladies du col de la vessie et de la prostate, puis celles de l'urètre et comme organe de l'appareil urinaire, et comme pièce de l'appareil génital, et nous terminerons par les maladies des vésicules séminales et des testicules.

IV.

LIVRE PREMIER.

MALADIES DU COL DE LA VESSIE, DE LA PROSTATE ET DE L'URÈTRE.

CHAPITRE PREMIER.

MALADIES DU COL DE LA VESSIE.

ARTICLE PREMIER.

Valvules du col de la vessie.

Nous placerons ici cet article parce que les faits et les considérations qu'il contient se rapportent à certaines maladies de la vessie que nous venons d'étudier, et aux affections de la prostate qui vont bientôt nous occuper.

On appelle *valvules*, *brides*, *barrières* du col de la vessie des replis, des excroissances de diverses sortes, placés devant l'entrée de l'urètre, et capables de gêner ou d'empêcher complétement la sortie de l'urine.

J.-B. Bianchi, ayant rencontré sur le

cadavre une de ces dispositions pathologiques, la prit pour l'état normal, et prétendit que le col vésical, au lieu d'avoir un sphincter, est fermé par une soupape provenant de la prostate. (J.-B. Bianchi, *Explic. nova mechanismi quo urinæ in vesica continentur.*)

Bianchi a recueilli le premier fait; E. Home en a reconnu le premier la véritable nature : « A mesure que le lobe moyen s'accroît en grosseur, il se porte dans la cavité de la vessie en forme de mamelon, poussant au-devant de lui la membrane, et l'étend encore davantage dans la direction des uretères au verumontanum. Dans son développement successif, il perd son apparence mamelonnée, devient de plus en plus étendu d'un côté à l'autre, et forme un repli transversal, en poussant devant lui la membrane qui prend des connexions avec les lobes latéraux et de l'étendue en proportion. » (E. Home, *On diseases of the prostate gland*, 1811, traduct., p. 16.)

Sans entrer dans d'autres détails historiques, nous dirons que ce sont les chirurgiens anglais qui ont indiqué le point de départ des progrès sur ce point, et que c'est en France surtout que ces progrès ont été réalisés.

Causes des valvules du col de la vessie. Pour les valvules prostatiques, comme elles sont liées à l'hypertrophie de la prostate, leur étiologie a déjà été étudiée.

Il en est de même des valvules purement membraneuses. Elles ne semblent pouvoir se produire que par le changement de forme de la prostate qui sera indiqué plus tard.

Quant aux valvules musculaires, les seules que M. Mercier admette avec les prostatiques, cet auteur leur assigne des causes en rapport avec l'idée qu'il se fait du mécanisme de leur production. D'après ses recherches, le col de la vessie au lieu d'être fermé par un anneau musculaire, le serait par une anse du même tissu, anse qui aurait ses deux extrémités en avant et son milieu en arrière. Physiologiquement la contraction de cette anse ramenant en haut et en avant la partie inférieure et postérieure de la vessie, formerait momentanément une soupape à l'entrée de l'urètre, soupape qui s'opposerait à la sortie de l'urine. Pathologiquement, les contractions excessivement répétées de cette anse feraient passer la soupape à l'état permanent, et ainsi tout ce qui occasionnerait le spasme et l'irritation de la vessie serait une cause de valvules musculaires du col de la vessie. Pour M. Mercier, la cystite, l'urétrite, etc., sont des causes de valvules. Voici entre autres comment il s'exprime au sujet de l'urétrite :

« J'ai eu plusieurs fois occasion de me convaincre, par le cathétérisme, que c'est en déterminant la contracture du faisceau musculaire qui ferme le col de la vessie et en déterminant par conséquent une saillie permanente du bord postérieur de cet orifice, que la blennorrhagie aiguë détermine la rétention d'urine. Dans ce cas, l'ischurie n'est que momentanée et disparaît avec l'inflammation; mais il n'en est pas de même lorsque celle-ci prend une marche chronique; c'est presque toujours dans la partie prostatique du canal qu'elle se retranche, ce qui tient sans doute à ce que du moment que le tissu glanduleux de la prostate est malade, il revient difficilement à son état normal.

» Une fois ce qui précède admis, on admettra nécessairement que la blennorrhagie, provenant d'un coït impur, doit être une cause fréquente des valvules musculaires du col de la vessie. Les faits de ce genre sont si fréquents que je me dispenserai d'en citer. D'ailleurs on en verra au chapitre du traitement un exemple aussi, et peut-être même plus concluant, que s'il eût été avec autopsie; car la liberté de l'excrétion urinaire se rétablit après la section de ces valvules. » (Mercier, *Recherches sur la nature et le traitement d'une cause fréquente et peu connue de rétention d'urine*, p. 66.)

Nous reproduirons plus loin cette observation.

Après avoir examiné la question étiologique spécialement chez l'homme, en passant en revue les diverses affections de la vessie ou des organes voisins qui s'accompagnent du spasme du réservoir de l'urine ou de son inflammation, M. Mercier étudie chez la femme les causes

des valvules. Pour établir la réalité de l'existence de ces valvules chez la femme, il cite le cas d'une femme qu'il a ouverte en 1838, à l'hôpital de la Charité. Cette malade, âgée de soixante-deux ans, avait l'utérus réduit en une sorte de putrilage noirâtre, contenant çà et là des foyers de pus concret et quelques petits corps fibreux entassés. Ce ramollissement, cette destruction presque complète de la matrice parut à l'auteur le résultat non d'un cancer, mais d'une affection chronique du viscère. Il s'est assuré que l'urètre ne pouvait éprouver aucune compression, et que ce canal était sain. Il fut plusieurs fois obligé de sonder la malade pendant son séjour à l'hôpital. Depuis sept ou huit ans qu'elle souffrait dans la région utérine, elle avait éprouvé de la difficulté à uriner ; mais ce qu'il y avait de remarquable, dit M. Mercier, c'est que la sonde, lorsqu'elle était arrivée dans la vessie, se dirigeait de haut en bas et d'avant en arrière, au lieu de se diriger d'arrière en avant ; l'urine jaillissait avec force ; elle était trouble, laiteuse, et cependant elle rougissait lentement, il est vrai, le papier de tournesol. Malgré la distension considérable de la vessie, ce n'est que vers la fin de sa vie que cette femme urina par regorgement.

« Je n'ai rien trouvé dans l'urètre, après la mort, j'en conviens, dit l'auteur ; comment expliquer la direction de la sonde pendant la vie ? Je crois qu'il y avait spasme du sphincter, et que ce spasme cessa à mesure que la vie s'éteignit. J'ai tout lieu de penser que quand la contracture du sphincter ne se fait que sous l'influence d'une irritation des organes voisins, et que le tissu musculaire ne participe pas lui-même au travail morbide, il se rétracte bien moins vite que dans le cas contraire. » (Mercier, *loco cit.*, p. 103.)

M. Mercier cite encore quelques faits observés sur le vivant, mais qu'il n'a pu suivre d'une manière complète. Pour dire notre pensée, nous avouerons que chez la femme l'existence des valvules reste encore à démontrer. M. Civiale, tout en admettant l'influence de l'inflammation sur le développement des valvules du col de la vessie, n'essaie point de pénétrer le mécanisme de leur formation. Aussi glisse-t-il sur l'étiologie, et se borne-t-il à dire qu'en général la valvule doit avoir une origine phlegmasique.

Caractères anatomiques des valvules du col de la vessie. Comme nous l'avons indiqué plus haut, quelquefois la valvule n'est qu'un simple repli membraneux, mince, lisse et presque transparent, étendu d'un lobe de la prostate à celui du côté opposé et assez fortement tendu pour empêcher les masses latérales de la glande de s'écarter librement l'une de l'autre, lorsqu'on les tire en sens inverse. MM. Civiale et Guthrie ont observé cette disposition, ainsi que M. Rayer, qui en a donné un remarquable dessin. Cette bride est donc uniquement constituée par la muqueuse soulevée et adossée à elle-même.

Plus souvent, toujours d'après M. Mercier, ce repli muqueux cache des fibres musculaires dont la contracture le forme. Dans les cas où cette seconde variété n'est contestable pour personne, la valvule est plus épaisse, son bord est arrondi, elle est plus résistante.

« Si l'on pratique une ou plusieurs incisions sur cette valvule, d'avant en arrière de son bord libre vers sa base, on la trouve formée d'un tissu blanc-grisâtre, quelquefois bleuâtre, et ce n'est qu'à une certaine profondeur qu'on rencontre la substance prostatique. Ce tissu fait donc bien évidemment partie du plan musculaire transversal : ce qui le prouve, c'est que si l'on prolonge l'incision sur le trigone, on le voit se continuer avec ce plan sans interruption, sans différence de couleur et de texture, et que si l'on se contente d'enlever avec une pince la couche très-mince qui le recouvre, on le reconnaît facilement à ses fibres et à leur direction. » (Mercier, *loco cit.*, p. 52.) — Ce sont les valvules musculaires.

« Ailleurs enfin l'éperon a plus d'épaisseur encore ; son bord libre oppose moins de résistance et n'offre de tension qu'autant qu'on écarte les lobes latéraux. Parfois même il est frangé, festonné, ou présente des inégalités, des excroissances, des saillants. Ici évidemment il s'agit non pas d'une valvule membraneuse,

mais d'une barrière constituée soit par un mode spécial de tuméfaction du corps prostatique, qui produit une masse plate et arrondie, soit par une véritable fongosité. » (Civiale, *Maladies des organes génito-urinaires*, t. II, p. 242.) — Valvules prostatiques.

Maintenant, comme une valvule, quelle qu'en soit la nature, produit le même effet mécanique, quelquefois le même obstacle à l'excrétion urinaire, donne lieu aux mêmes symptômes, nous ferons marcher de front la description des propriétés physiques des trois variétés : étendue, direction, résistance, etc. Toutes trois peuvent d'ailleurs se trouver réunies sur le même sujet ainsi que M. Civiale l'a vu plus d'une fois, entre autres chez le sujet dont voici l'observation :

Obs. 1re. « Un calculeux éprouvait depuis six années des souffrances atroces, mais qui n'étaient pas continues. Vaincu enfin par la douleur, il prit le parti de se soumettre à la lithotritie, et vint à Paris. Mais le moment opportun était passé. Les fatigues du voyage exaspérèrent tellement l'état déjà fort grave de ce malade, qu'on ne put rien tenter; l'urine était purulente, la fièvre intense, et le dépérissement rapide; la mort eut lieu. J'avais été frappé de la longue durée des douleurs à chaque besoin d'uriner, et de la lenteur avec laquelle s'écoulaient seulement quelques gouttes de liquide. A l'ouverture du corps, on trouva la vessie remplie par un calcul énorme, et présentant les traces d'une vive inflammation. A la partie inférieure de son col existait un fongus pédiculé, triangulaire, frangé sur les bords, aplati d'arrière en avant, et qui, comprimé par la pierre, s'appliquait contre l'orifice vésical, qu'il bouchait. Deux replis membraneux, qui l'unissaient aux lobes latéraux de la prostate, faisaient une légère saillie. L'aplatissement de la fongosité était si prononcé qu'en posant le doigt sur la face interne de la vessie, ouverte par son côté antérieur, on ne sentait pas l'orifice de l'urètre, qui se trouvait entièrement couvert. Les uretères étaient dilatés, il y avait un vaste abcès dans la fosse iliaque droite. » (Civiale, *Maladies du col de la vessie et de la prostate*, p. 242.)

La hauteur de la valvule est très-variable. Suivant M. Civiale, on la voit à l'état rudimentaire chez la plupart des vieillards dont la prostate est engorgée ; il suffit, après avoir incisé le col vésical et la partie membraneuse de l'urètre par leur face supérieure, de tirer les lèvres de la section en sens opposé pour faire apparaître le repli. Mais quand la production morbide a acquis un grand développement, elle fait saillie sans qu'on soit obligé d'écarter les lobes de la prostate. Elle peut être assez haute pour boucher complétement le col vésical au point que M. Civiale n'a pu le découvrir qu'en y passant une sonde par l'urètre.

Quant à sa direction, la valvule est à pic ou inclinée en avant, et quand le bord du trigone est soulevé, la barrière perpendiculaire en avant présente un plan incliné à sa face postérieure. Les valvules sont ordinairement en travers, mais elles offrent des variétés de direction aussi inutiles qu'impossibles à décrire.

Nous avons vu que son épaisseur est également loin d'être la même dans tous les cas.

La prostate, ordinairement hypertrophiée, quelle que soit l'espèce de valvule, peut être saine ou même en quelque sorte atrophiée; l'entrée de l'urètre conserve son calibre naturel.

Voici une des rares autopsies dont les observateurs nous aient laissé les détails sur le sujet qui nous occupe :

Obs. 2. « *Ischurie, sondes à demeure; incontinence, mort. Hypertrophie valvulaire de la portion sous-montanale ulcérée par les sondes.*

» Cousin, âgé de soixante-dix-sept ans, entra le 16 avril 1836 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Agnès, pour une rétention d'urine. Il était ployeur de laine, d'un tempérament sec; il restait habituellement assis, ne buvait que très-peu de vin, n'avait jamais eu de maladies vénériennes, pas le moindre écoulement blennorrhagique. Marié à vingt et un ans, il était veuf depuis l'âge de cinquante-sept ans.

» Il me dit qu'il y a six semaines, il urinait encore très-bien, et avec jet; mais que depuis cette époque, la dysurie augmenta graduellement. Souvent il com-

mençait à uriner sans efforts, puis le liquide s'arrêtait subitement pour reparaître ensuite ; parfois, lorsqu'il croyait avoir fini, de nouveaux efforts en faisaient encore sortir. Enfin, le 12 avril, la rétention devint complète. Il n'avait jamais uriné involontairement. Il allait chaque jour à la selle, mais peu à la fois et avec douleur, ce qui dépendait probablement de tumeurs hémorrhoïdales qu'il avait dans le rectum.

»A son arrivée, il ne souffrait nullement dans la région des reins et très-peu dans la vessie, quoique celle-ci fût distendue ; seulement il sentait le besoin d'uriner et faisait des efforts pour y satisfaire. On le sonda, et l'urine sortit avec force jusqu'à la fin. L'impossibilité où il était d'uriner à volonté, lui ayant fait éprouver des douleurs très-vives le 18, on lui mit, le lendemain, une sonde à demeure.

» Vers le commencement de mai, il survint une cystite intense et une inflammation gangréneuse du scrotum qui obligèrent d'ôter la sonde. Alors l'urine s'écoula sans cesse et involontairement ; cependant il en restait toujours un peu dans la vessie. Les moyens mis en usage ayant été inutiles, cet homme mourut le 11 mai, après une agonie très-longue.

» *Autopsie.* Reins sains à l'extérieur ; mais leur tissu est plus rouge, hyperhémié et plus mou. Muqueuse des calices et des bassinets très-enflammée, surtout à droite ; elle est rouge, pointillée, molle, comme fongueuse ; elle offre des ulcérations assez larges et d'un rouge noirâtre. Les uretères sont élargis, leur muqueuse rouge, et ils se déchirent avec une extrême facilité.

» La vessie est petite, sa muqueuse d'un rouge-violet ardoisé ; on y remarque un grand nombre d'alvéoles larges de 3 ou 4 millimètres, et assez profondes. L'une d'elles, située un peu au-dessus de l'orifice urétral gauche, un peu plus large dans son fond qu'à son ouverture, et profonde de 22 millimètres, contient un liquide purulent ; cependant la muqueuse y paraît moins enflammée que dans le reste de la vessie. Il y a en outre une cellule peu profonde, de 6 millim., à son orifice, de 20 à 22 dans sa partie la plus large, et dont le fond est encore séparé du péritoine par une couche mince de tissu musculaire.

» La prostate n'est pas très-volumineuse ; mais son tissu est très-dur et résiste au scalpel comme une masse fibreuse. Il est jaunâtre, dense, et ses granulations sont peu apparentes. Les lobes latéraux sont égaux en volume. La portion sus-montanale forme une valvule aplatie de haut en bas, de sorte qu'elle ne dépasse que de 4 millim. la partie la plus élevée des lobes latéraux, avec lesquels elle se confond insensiblement. Cette valvule paraît très-prononcée en avant ; cependant on ne peut savoir précisément quelle saillie elle faisait, parce qu'elle a été ulcérée, creusée en gouttière sur son milieu par la sonde. Elle forme avec la paroi postérieure de l'urètre un angle presque droit, et dans cet angle commence une petite fausse route à parois noirâtres et contenant un petit noyau de matière noire et dure qui n'est probablement que du sang (j'avais, pendant la vie, diagnostiqué avec une grande exactitude l'état de la prostate et même la fausse route). Le verumontanum n'est qu'à 5 ou 6 millim. de la valvule. La portion prostatique de l'urètre n'a pas plus de 11 à 12 millim. dans son diamètre recto-pubien. Ce canal est enflammé dans toute son étendue ; seulement, au niveau du ligament suspenseur, dans une longueur de 5 centimètres, la paroi inférieure est détruite, et, au-dessous, se trouve un énorme foyer qui a disséqué la cloison des dartos et est rempli de pus fétide. Toutes les tuniques du scrotum sont gangrenées, infiltrées de sérosité roussâtre, les vaginales sont enflammées et unies aux testicules par des adhérences rougeâtres et récentes. » (*Voy.* 4e part. Mercier, *Recherches sur les maladies des organes urinaires et génitaux, considérées spécialement chez les hommes âgés*, p. 274.)

Il est à regretter que, sous le point de vue anatomique, ce fait ne soit pas encore complet ; l'ulcération qu'avait produite la sonde sur la valvule prostatique, en avait altéré la forme, au point qu'il fallait s'en représenter les caractères primitifs. Quoi qu'il en soit, ce fait est intéressant aussi sous le rapport symptomatique, et

son absence ici eût été justement regardée comme une lacune ; et comme c'est surtout les faits qu'il est nécessaire de présenter ici, c'était une nouvelle raison de ne pas nous exposer à encourir ce reproche.

Symptômes des valvules du col de la vessie. M. Civiale se borne à ces quelques mots sur les symptômes des valvules du col vésical.

« Les sensations du malade n'offrent rien de particulier. Tantôt les phénomènes ont toute la physionomie des névralgies graves de la partie profonde de l'urètre et du col de la vessie ; tantôt au contraire ce sont des symptômes de phlegmasie, quelquefois aiguë, mais le plus souvent chronique. Dans certains cas même, la phlegmasie semble avoir disparu presque entièrement, et néanmoins le trouble dans l'excrétion de l'urine persiste, aussi bien que la sensation de gêne, de fatigue et d'embarras, accidents entretenus par le repli valvulaire. » (Civiale, *Malad. des organes génito-urinaires*, t. II, p. 246.)

M. Mercier donne plus de développements. Après avoir divisé les symptômes qu'il appelle des *effets*, en directs et indirects, il expose ainsi les premiers :

« Que la valvule soit produite par une tuméfaction égale et régulière de toutes les granulations sus-montanales de la prostate, ou bien qu'elle provienne de la contracture, de la rétraction de l'anse musculaire qui entoure le col de la vessie, le résultat est le même : le bord postérieur de cet orifice s'avance vers l'antérieur, formant, à l'extrémité interne de l'urètre, une sorte de diaphragme, de soupape libre seulement par son bord antérieur. Si ce bord s'avance assez vers la paroi antérieure de la vessie pour recouvrir le bord antérieur de l'orifice urétral, le passage se trouve complétement intercepté, et l'urine ne peut plus sortir.

» Mais, dans beaucoup de cas, la dysurie présente des alternatives remarquables : elle existe ou n'existe pas ; elle est très-prononcée ou à peine sensible, suivant l'état du canal, ou même suivant l'état des organes voisins. Que l'irritation, la congestion, l'inflammation de ces parties viennent à augmenter ou à diminuer, le spasme, la contracture de l'anse musculaire du col de la vessie augmenteront ou diminueront en proportion, et ce n'est que lorsque la rétraction sera survenue, que les phénomènes prendront une marche plus uniforme et pour ainsi dire plus régulière.

» Cependant, dans ce cas-là, même, l'excrétion urinaire pourra présenter de grandes différences chez les différents malades. Parfois la rétention est complète ; mais, le plus souvent, la vessie se vide plus ou moins. C'est qu'à partir de l'état naturel, l'altération présente une foule de degrés dans lesquels l'excrétion urinaire se fait encore, mais seulement avec plus ou moins de difficulté, suivant que la valvule est plus ou moins saillante, suivant que les tissus qui la forment conservent plus ou moins d'élasticité. Il est rare cependant qu'il ne reste pas un peu d'urine dans la vessie, même lorsque l'excrétion s'en fait encore assez bien. Voici comment s'expliquent, sans doute, ces divers phénomènes.

» Lorsque le réservoir urinaire est distendu au delà de certaines limites, les points du pourtour de son col se trouvant tirés en sens contraires, cet orifice, pour peu qu'il présente encore d'élasticité, se laisse entr'ouvrir. La contraction des parois vésicales et la pression exercée par les viscères et les muscles de l'abdomen tendent à produire le même résultat. Mais lorsque l'évacuation d'une partie de l'urine a eu lieu et que les organes sont fatigués par les efforts qu'ils viennent de faire, le bord postérieur du col de la vessie revient à sa place habituelle et recouvre le bord antérieur. Le malade urine donc dans presque tous les cas ; mais, dans presque tous les cas aussi, il ne vide pas complétement sa vessie, et le besoin d'uriner se reproduit d'autant plus vite que l'évacuation a été moins complète. Il arrive même un moment où les émissions se rapprochent de plus en plus et diminuent en même temps de quantité ; il en résulte une sorte d'incontinence, qui n'est qu'un véritable regorgement d'urine. Qu'on ne s'y trompe pas ; la vessie n'a pas besoin pour cela d'atteindre un grand volume ; car souvent alors l'irritabilité ou la rétraction de ses parois ne le lui permettent pas ; il suffit qu'elle

ait atteint les dernières limites de son extensibilité. J'insiste sur cette remarque, parce qu'il n'est pas rare de voir des praticiens qui, ne rencontrant pas, en cas pareil, les signes qui indiquent un grand développement de la vessie, croient avoir affaire à une incontinence, erreur bien fâcheuse, car si l'incontinence est généralement difficile à guérir, du moins elle ne provoque pas l'inflammation et la désorganisation des voies urinaires ; tandis que si on prenait pour tel un cas de regorgement, la stagnation de l'urine amènerait d'autant plus vite ces désordres que le traitement employé alors est presque toujours de nature à accélérer leur manifestation. » (Mercier, *loco cit.*)

Voici un exemple où le chirurgien constata une valvule, et où, manifestement, la vessie ne se vidait pas complétement, ainsi qu'on le vérifia plusieurs fois avec la sonde

Obs. 5. *Hypertrophie de la partie sus-montanale; incontinence, puis rétention; cautérisation, incontinence; celle-ci disparaît ensuite.*

« Élie Goroard, âgé de cinquante-cinq ans, sabotier, était depuis quelque temps dans la salle Saint-Antoine, à l'Hôtel-Dieu, lorsque M. Nonat, alors médecin de service, m'engagea à le voir, ce que je fis vers le milieu d'avril 1839.

» Il avait été militaire pendant dix ans et avait été affecté, pendant les campagnes d'Espagne et de Portugal, de rhumatismes articulaires et musculaires qui l'ont tourmenté jusqu'à ce jour. Alors aussi il eut une blennorrhagie qui dura cinq ou six mois, et deux orchites successives, mais très-légères toutes deux. Depuis lors, il s'est abstenu complétement de femmes, bien que ses facultés fussent les mêmes. Rentré dans son pays, il travaillait seize ou dix-sept heures par jour, complétement debout. Pendant un temps il eut des varices, et il y a cinq ans un flux dysentérique dont il guérit bientôt; il n'a jamais fait abus ni de vin ni de liqueurs.

» Il y a six ans, il commença à éprouver un dérangement dans les fonctions urinaires. La nuit, il était obligé de se lever trois ou quatre fois, mais il ne perdait pas ses urines; le jour, il urinait toutes les heures et aussitôt qu'il en avait besoin, car sans cela il urinait dans son pantalon. Il y a deux ans que ce dernier accident ne lui est plus arrivé ; mais il a commencé, il y a un an, à s'apercevoir qu'il lui fallait plus d'efforts pour vider sa vessie. Il y a cinq mois, il eut une rétention complète pour laquelle on le sonda deux fois; mais le cours de l'urine se rétablit, seulement avec difficulté. Il y a six semaines, le jet du liquide était devenu presque capillaire et ne sortait qu'avec les plus grands efforts. Alors aussi un dépôt catarrhal se manifesta, et on administra de la térébenthine à d'assez fortes doses; mais de la constipation et des coliques vives forcèrent à les diminuer.

» Quand le malade faisait des efforts pour uriner, il sortait d'abord deux ou trois gouttes d'un liquide blanc, épais, qui fut filant à une certaine époque, et ce n'était qu'alors que l'urine commençait à jaillir. Pendant ces efforts, des douleurs se faisaient sentir à l'hypogastre, mais surtout derrière les pubis et à l'extrémité de la verge. Quand le besoin cessait, les douleurs étaient bien moins vives.

» A l'examen que je fis avec mon explorateur, je trouvai une valvule pylorique assez saillante, surmontée, un peu à gauche, d'une éminence à très-large base, et haute de 8 à 10 millim. seulement. A la suite de ces manœuvres, la miction se fit un peu plus librement, et les douleurs diminuèrent.

» Le 23 avril, après que le malade eut uriné, je le sondai et retirai encore trois quarts de verre d'urine trouble, mais ayant le degré d'acidité normal. Puis, au moyen de mon porte-caustique, j'appliquai le nitrate d'argent sur la partie moyenne de la valvule. Le soir point de douleur. Celle-ci avait même été moins forte qu'hier dans les efforts pour uriner, bien que le jet eût été un peu moindre, ce qui provenait sans doute de la légère inflammation provoquée par le caustique. J'introduisis la sonde, et il en sortit un verre d'urine. Le 24, le malade uri-

nait mieux qu'avant la cautérisation, et surtout il éprouvait moins de douleurs. (Bains).

» Le 27, nouvelle cautérisation, un peu plus forte que la première, et à la suite de laquelle survint, dans le gland, une douleur assez vive, qui cessa presque aussitôt. Le soir il ne restait plus qu'un peu de douleur derrière les pubis, semblable à celle qui existait avant la cautérisation.

» Le 28, quelques pellicules noirâtres sont sorties avec l'urine ; testicule droit un peu plus gros, plus dur et plus sensible que le gauche.

» Le 30, l'urine s'échappait bien plus librement et avec des efforts beaucoup moindres.

» Le 9 mai et les jours suivants, Goroard laissa échapper une partie de ses urines pendant la nuit, involontairement et sans le sentir. Le testicule était encore un peu douloureux et le cordon légèrement engorgé.

» Le 18, le malade ne mouillait plus son lit; seulement il était obligé d'uriner aussitôt qu'il en éprouvait le besoin. Le jet était bien plus gros et plus continu qu'avant la cautérisation. Je me proposais de réitérer celle-ci, lorsque tous les signes d'une gastro-entérite intense qu'il avait déjà eue plusieurs fois, se manifestèrent; puis les démolitions de l'Hôtel-Dieu ayant fait évacuer la salle, je n'ai plus entendu parler de cet homme. » (Mercier, *loco cit.*).

Passant ensuite à ce qu'on nomme les effets indirects des valvules du col de la vessie, M. Mercier décrit les symptômes qui appartiennent à toute espèce d'obstacles placés au col de la vessie ou dans le canal de l'urètre lui-même. Il insiste principalement sur les pertes séminales déterminées par la propagation de l'irritation de l'orifice des canaux éjaculateurs aux vésicules séminales, et mécaniquement dans les efforts de miction par la compression du réservoir spermatique. Ces accidents n'appartenant point spécialement aux vavules du col vésical, nous ne devons point nous y arrêter.

Il en est de même de la rougeur du méat urinaire, d'une sensation au gland exactement la même que celle que produit la pierre; des filaments blancs des urines, de la sensibilité de l'urètre au contact des instruments.

Suivant l'auteur que nous venons de citer, les véritables signes sont les troubles de l'excrétion urinaire, qu'il expose de la manière suivante :

« Plusieurs malades que j'ai observés avaient remarqué depuis long-temps que, chaque fois qu'ils se mettaient en devoir d'uriner, et surtout en présence d'autres personnes, il leur fallait attendre un certain temps et faire des efforts insolites. Le jet de leur urine ne paraissant, pour ainsi dire, qu'à regret, il restait pendant quelque temps petit, entortillé ; ce n'est que peu à peu qu'il se renflait et qu'il finissait par sortir à plein canal ; puis il diminuait plus tôt que d'habitude, et, pour vider complétement leur vessie, les malades étaient obligés de réitérer un grand nombre de fois ces efforts d'expulsion qu'on est convenu d'appeler les *derniers coups de piston.* Dans ces cas, la vessie se vide encore assez complétement.

» A une période plus avancée, l'émission urinaire se fait avec encore plus de difficulté. Le malade est obligé de faire des efforts plus grands avant que le jet ne paraisse ; quelquefois on voit sa figure exprimer l'angoisse la plus vive ; il se dresse sur les pieds, se cramponne aux meubles ; des gaz et des matières fécales s'échappent par l'anus, et quelquefois le rectum lui-même se précipite au dehors. Un jeune homme, dont il sera fait mention plus loin, a vu deux fois une hernie inguinale, dont il est affecté, s'étrangler pendant ces efforts. Enfin les urines paraissent.

» Alors deux cas peuvent se présenter : ou bien elles se précipitent tout à coup, à plein canal, jusqu'à la fin et sans que les derniers coups de piston en fassent sortir une quantité sensible, bien que la vessie ne soit pas complétement vidée, ou bien le jet est toujours petit, entortillé, bifide, s'arrête quelquefois subitement pour recommencer après de nouveaux efforts, les derniers coups de piston sont nombreux et expulsent encore une notable quantité d'urine. Finalement, il ne sort

plus rien ; et cependant, si l'on introduit la sonde, on remarque qu'il s'en faut encore beaucoup que la vessie ne soit complétement débarrassée. Si l'on recherche la cause de cette différence, on trouve que, dans le premier cas, la vessie est irritée, hypertrophiée et souvent même racornie, et que, dans le second, moins irritable sans doute, elle se fatigue et se laisse distendre.

» On peut donc dire d'une manière générale que l'intensité de la dysurie est en proportion de l'obstacle ; cependant il ne faut pas oublier les changements que finissent presque toujours par amener dans la vessie le séjour de l'urine dans cet organe, et les efforts qu'il répète à chaque instant pour l'expulser, changements qui augmentent ou diminuent et même anéantissent sa contractilité.

» Quoi qu'il en soit, la dysurie finit presque toujours par prendre un caractère de plus en plus grave. Il n'est pas très-fréquent de voir la rétention devenir complète ; mais il n'est pas rare de rencontrer des malades qui ne rendent pas un quart, pas un sixième de leur urine. Alors, que leur vessie se laisse distendre ou non, ils sentent, aussitôt après avoir uriné, qu'ils en ont encore besoin, et bientôt une nouvelle émission devient nécessaire. Alors aussi ne manquent pas de se manifester des signes d'irritation du côté des organes urinaires, si toutefois ils n'existent pas déjà depuis longtemps : la vessie devient douloureuse, les urines troubles, quelquefois même sanguinolentes. » (Mercier, *loco cit.*)

Après avoir conseillé l'exploration de la vessie par le rectum et par l'hypogastre, M. Mercier donne cette observation comme exemple des symptômes des complications des valvules du col vésical.

Obs. 4. « Un charretier, âgé de quarante-quatre ans, entra dans le service de M. Sanson, le 26 juin 1836. Il avait eu, il y avait quatorze ans, une blennorrhagie à symptômes inflammatoires très-aigus, et qui ne dura que quinze jours. Depuis cette époque, il n'a éprouvé aucun nouveau symptôme syphilitique ; mais il a toujours conservé une légère difficulté de pisser, son jet avait un peu diminué ; cependant il ne souffrait nullement du côté des voies urinaires.

» En août 1835, le malade, qui ne buvait jamais de vin blanc, en fit un excès. Dès le lendemain, il fut pris d'envies fréquentes d'uriner, d'ardeur vers le col vésical. L'urine ne sortait que goutte à goutte et après de violents efforts ; vingt-quatre heures après le début de ces symptômes, elle devint fortement sanguinolente pendant une journée. L'acuité se calma les jours suivants, et le malade est resté, nous dit-il, à peu près toujours dans l'état où nous l'avons trouvé. Cependant il a cessé son travail depuis deux mois. A son arrivée : appétit, embonpoint ; il ne se plaint que d'une grande gêne à uriner. Lorsqu'il veut le faire, il pousse pendant près d'une minute. L'urine sort en tire-bouchon avec *cuisson vive au col. C'est là, dit-il, qu'il sent l'empêchement ; la sonde ne rencontre pas d'obstacle dans l'urètre, ni au col ; son introduction est un peu cuisante ; pas d'écoulement urétral, seulement, avant la sortie de l'urine, écoulement de quelques gouttes d'un liquide blanc, puriforme.* L'urine forme un dépôt glaireux, abondant (près de la moitié de la masse). Depuis le mois d'août 1835, elle n'est pas redevenue sanguinolente. Pas de symptômes du côté des reins (sangsues à l'anus, deux bains, du petit-lait pour boisson. Les jours suivants, M. Sanson ordonna de la térébenthine et de la tisane de bourgeons de sapin).

» Le 7 juillet, le malade se plaint d'une douleur aux lombes, exactement bornée à la région du rein gauche, douleur qui était survenue spontanément dans la nuit ; elle gênait assez fortement les mouvements de la respiration, et devenait plus sensible par la pression (quinze sangsues aux lombes, bains). Pendant les dix jours suivants, elle offrit de nombreuses variations. Quelquefois très-aiguë, avec sentiment d'élancements le long de l'uretère du même côté, elle disparaissait complétement quelques heures après, pour revenir spontanément douze ou quinze heures plus tard. Les symptômes de catarrhe vésical n'avaient pas changé (on continue la térébenthine). Vers le 18 juillet, perte d'appétit, bou-

che amère, langue chargée, frissons vagues, un peu de fièvre ; la douleur, toujours fixée exactement vers le rein gauche, et se propageant le long de l'uretère, avait augmenté; les inspirations étaient prolongées; le malade s'asseyait souvent sur son lit pour soulager son dos, disait-il. S'il voulait marcher, un cordon douloureux, partant des lombes, lui tiraillait la cuisse et le faisait boiter.

» Quelques coliques, selles un peu liquides, cuisantes à l'anus (deux ou trois par jour); tumeurs hémorrhoïdales douloureuses; hypogastre très-sensible à la pression ; envies plus fréquentes d'uriner, avec sentiment de brûlure au col; sortie de l'urine bien plus difficile. Ce liquide est blanchâtre, fortement ammoniacal, avec quelques flocons blanchâtres en suspension ; disparition du dépôt glaireux (cessation de la térébenthine et de la tisane de bourgeons de sapin, bain, diète, ventouses scarifiées aux lombes).

» Le 26, on remarque un soulagement notable : la respiration est normale, la pression sur le rein gauche nullement douloureuse. Le malade s'était beaucoup levé la veille ; mais la fièvre ne cesse pas (bain, diète, petit-lait, trois pots).

» Le 2 août, l'état du malade ne paraît pas changé. Il se plaint surtout de douleurs violentes causées par les hémorrhoïdes, qui sont volumineuses et ulcérées.

» Le 8, l'état devient très-fâcheux : fièvre vive; pouls serré, vif; faciès souffrant, teint terreux, yeux enfoncés ; langue sèche, rude, à enduit écailleux ; tremblotement des lèvres et de la langue quand le malade veut répondre; air de stupeur; pas de délire; ventre ballonné, très-douloureux à la pression dans toute son étendue, mais surtout à l'hypogastre. La douleur des lombes a changé de caractère. Maintenant c'est une gêne, une douleur sourde qui occupe toute la région, également des deux côtés. Sur l'emplacement des deux reins, la pression est sensible; on n'y constate point de saillie anormale. Le malade essaie presque continuellement de pisser. Il se place, pour cela, sur les genoux; l'urine ne coule que goutte à goutte. La douleur est excessive ; un tremblement général, comme convulsif, le force alors de se recoucher ; il éprouve le sentiment que lui causerait un fer rouge au col de la vessie ; sortie involontaire de quelques fécès liquides et brûlantes à l'anus, produite par ses efforts de micturition (quinze sangsues aux lombes, fomentations émollientes).

» Le 12, à peine un demi-litre d'urine en quatre jours ; cependant la vessie ne se sent point à l'hypogastre ; la sonde n'en fait pas sortir plus d'un demi-verre. Dans la nuit suivante, la vessie se remplit d'urine. Le 15, on la sentait extrêmement douloureuse, de la grosseur du poing, à l'hypogastre. M. Sanson tira par la sonde, qui entre toujours sans obstacle, environ un demi-litre d'urine ressemblant à du petit-lait dans lequel seraient en suspension des flocons albumineux coagulés. Les yeux de la sonde sont remplis de pus mêlé de débris organiques ayant une odeur de putréfaction.

» Jusqu'à sa mort le malade fut sondé chaque matin ; on obtenait un bon verre de l'urine décrite ci-dessus. Dans l'intervalle, il en urinait un demi-verre à peu près.

» Les symptômes ne tardent pas à revêtir un aspect typhoïde très-prononcé ; face amaigrie, yeux enfoncés, expression de souffrance très-marquée, pouls irrégulier, peau sèche et rude, parole embarrassée, affaiblissement. Le malade ne se plaint plus ; seulement la moindre pression à l'hypogastre paraît extrêmement douloureuse. Le ballonnement du ventre diminue ; délire sourd les deux derniers jours. Mort le 20.

» On voit que, pendant quatorze ans, la maladie, qui avait succédé à une blennorrhagie, est restée bornée au col de la vessie et ne se manifestait que par la dysurie et la sortie d'un liquide blanc qui n'était que du sperme ou tout au plus du fluide prostatique altéré ; car l'urètre était sensible, mais il ne fournissait pas d'écoulement. Ce n'est qu'au mois d'août 1835 que la vessie commença à se prendre après un excès de vin blanc.

» C'est le 7 juillet 1836, après un usage peut-être trop prolongé de térébenthine

et de bourgeons de sapin, que le rein gauche s'irrite, et, à partir de ce moment, la maladie prend une marche beaucoup plus rapide; les autres appareils commencent à souffrir.

» Enfin, le 8 août, l'inflammation envahit le rein droit, et, dès lors, les symptômes les plus graves apparaissent du côté du ventre, du côté des centres nerveux, et, en dernier résultat, la mort précédée des plus vives souffrances. » (Mercier, *loco cit.*, p. 167 ; 1844.)

Diagnostic des valvules du col de la vessie. Malgré l'utilité des renseignements que fournissent les troubles de la sécrétion urinaire, c'est du cathétérisme qu'on tire les données les plus positives pour le diagnostic. M. Civiale ayant très-clairement exposé l'exploration de la valvule avec la sonde, nous sommes heureux de pouvoir encore lui emprunter ce passage, car, pour ces faits rares, il faut surtout s'attacher à reproduire textuellement ceux qui les ont observés, c'est le seul moyen d'être sûr de rendre fidèlement leur pensée, et de ne pas égarer le lecteur.

« Les explorations, telles qu'on les pratique aujourd'hui, étaient insuffisantes pour faire distinguer les brides des autres états morbides du col vésical et des fongus ayant leur siége au voisinage de cette partie. Mais, en les pratiquant avec soin, et au moyen d'instruments perfectionnés, on obtient d'elles des renseignements utiles. Je procède de la manière suivante. Le cathétérisme ordinaire m'a appris qu'il existe un obstacle au col de la vessie; en retirant les bougies molles, j'ai vu que l'extrémité en était rebroussée et tournée en haut; il s'agit de distinguer si l'obstacle tient à une bride ou à une tumeur.

» Je prends une sonde à petite courbure et graduée, que j'introduis dans l'urètre jusqu'à ce qu'elle butte contre la barrière. Après m'être assuré que la face de celle-ci est à pic du côté du canal, j'examine de combien l'instrument a pénétré, j'en abaisse l'extrémité annulaire, jusqu'à ce que l'autre bout arrive au bord libre de l'obstacle, et je le pousse alors d'une ou deux lignes. L'urine jaillit, et si, au même instant, je parviens à faire pivoter la sonde sur elle-même, je présume qu'il y a seulement une bride, et non pas tuméfaction de la prostate. En effet, dans les cas de tumeur, même peu développée, au corps de cette glande, il faut enfoncer l'instrument beaucoup plus, pour pouvoir le faire tourner sur lui-même. Cette expérience n'est pas décisive sans doute alors même qu'on peut y recourir et qu'on l'exécute bien; mais, combinée avec le procédé de défalcation, elle conduit à établir le diagnostic d'une manière assez satisfaisante.

» Voilà pour les cas simples. Dans les cas compliqués, c'est-à-dire quand la bride a une certaine épaisseur, qu'elle diminue d'une manière insensible du côté de la vessie, ou, en d'autres termes, lorsque des fongosités ou une tuméfaction étendue du corps de la prostate font saillie derrière cette bride, de sorte que son bord libre et les parties situées derrière elles soient au même niveau; enfin, dans le cas où les replis ont une direction oblique, qu'ils soient d'ailleurs simples ou doubles, les explorations ne procurent pour ainsi dire aucun renseignement qui puisse servir de guide dans le traitement. On découvre bien un changement brusque dans la direction de la partie profonde du canal, à l'endroit où la barrière existe ordinairement; mais on ne distingue pas si cette déviation est le résultat d'une bride, d'un engorgement du moyen lobe de la prostate, ou d'un fongus à base large, car tous ces états morbides la produisent également, un peu plus en avant ou un peu plus en arrière. Il est effectivement plus difficile qu'on ne pense de préciser le point où la sonde s'arrête, surtout quand les parties ont perdu leurs dispositions normales, ce qui arrive presque toujours.

» Cependant on ne confondra pas l'état morbide dont je m'occupe avec les coarctations spasmodiques du col vésical, comme cela paraît avoir été fait dans quelques circonstances. La méprise est facile à éviter. Les coarctations spasmodiques sont passagères, et disparaissent au moyen du traitement que j'ai indiqué, au lieu que l'état anormal dont il s'agit ici est

permanent, et qu'au moment même où il apporte le moins de gêne à l'expulsion de l'urine, on le retrouve toujours facilement avec le secours d'une sonde ou d'une bougie. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, p. 247.)

M. Mercier se servant également d'une sonde à très-petite courbure, l'introduit de côté, c'est-à-dire le bec et la convexité regardant les parties latérales droite et gauche, parce que, dit-il, quand on introduit ces sondes le bec tourné vers la paroi supérieure de l'urètre, c'est la paroi inférieure seule qui est obligée de se prêter à leur courbure, puisque la première est fixée dans toute sa longueur; tandis que les parois latérales étant libres toutes deux, obéissent l'une à la pression du bec, l'autre à la saillie de l'angle. Lorsqu'on est arrivé au bulbe, il suffit d'incliner légèrement le pavillon vers l'abdomen pour tourner le bec du côté de la vessie, et de le passer doucement au niveau du périnée pour l'engager dans la portion membraneuse.

» Alors commence le temps le plus délicat de l'opération; en effet, si l'on se contentait d'abaisser le pavillon, le bec, qui est très-court, irait immédiatement arc-bouter contre la paroi pubienne de la portion membraneuse; si l'on se contentait au contraire de pousser suivant l'axe de la tige, le talon se trouverait arrêté par la paroi postérieure. C'est donc d'une habile combinaison du mouvement d'abaissement avec celui d'impulsion que dépend le succès, et, cette combinaison, il est plus facile de la concevoir et même de s'y habituer que de la décrire. Dans quelques cas, au lieu de combiner ces mouvements, je me suis bien trouvé de les exécuter alternativement. » (Mercier, *loco cit.*, p. 179.)

D'après l'auteur, le talon de l'instrument, arrivant à la valvule, la surmonte et passe brusquement en donnant la sensation d'une résistance vaincue.

M. Mercier termine en ces termes l'importante et si délicate question du diagnostic :

« Je suppose maintenant que nous ayons rencontré, chez un homme, un obstacle derrière le col de la vessie; il nous reste encore à savoir si c'est une tumeur, si c'est une valvule prostatique ou si c'est une valvule musculaire.

» Pour arriver à cette connaissance, je tiens la tige du cathéter à peu près parallèle à l'axe du tronc, et j'attire son bec contre le bord extérieur du col vésical; puis, de là, le dirigeant tantôt à droite, tantôt à gauche, je lui fais parcourir toute la circonférence de cet orifice en exerçant constamment sur le pavillon une traction légère.

» Si dans ce trajet se rencontre une tumeur, le bec est arrêté et il faut lui imprimer un mouvement d'ascension pour passer par-dessus et pouvoir continuer la rotation. Dans les cas où une tuméfaction régulière et égale des granulations sus-montanales de la prostate a déterminé une valvule, l'instrument n'est pas arrêté comme dans le cas précédent; cependant il monte régulièrement et par degrés jusqu'à ce qu'il regarde directement en arrière, pour descendre ensuite à peu près de la même manière. Dans les cas, au contraire, où on aurait affaire à une valvule musculaire, ce mouvement ascensionnel pourrait encore exister, mais moins bien marqué que dans les cas précédents.

» Je répète cette manœuvre plusieurs fois, tantôt de droite à gauche, tantôt de gauche à droite; puis j'explore la vessie, je recherche si elle ne contient pas de corps étranger, en promenant légèrement le talon sur ses parois, je sens si elles sont sensibles, rugueuses, indurées, etc.; enfin, je retire l'instrument, le bec en avant, ayant soin d'observer si, au moment où il passe de la vessie dans la région prostatique, il ne donne pas comme la sensation d'une barrière pardessus laquelle il aurait glissé.

» Je dois dire cependant que le diagnostic des deux espèces de valvules entre elles pourrait laisser parfois beaucoup d'obscurité si l'âge du malade, ses antécédents, le volume et la sensibilité de la prostate ne venaient nous éclairer. En effet, que le malade soit âgé, que sa prostate soit volumineuse, peu sensible, on

aura lieu de croire que la valvule est due à l'hypertrophie de cette glande. Que le malade soit encore jeune, qu'il ait eu des urétrites rebelles, que la région prostatique soit sensible, saignante au plus léger contact des instruments, qu'il se manifeste des signes d'irritation, d'inflammation du côté des organes génitaux, on aura lieu de croire que la valvule est musculaire. » (Mercier, *loco cit.*, p. 180; 1844.)

Nous ne saurions quitter le diagnostic sans faire remarquer combien encore nous paraissent incertaines les bases sur lesquelles il repose ; combien les éléments en sont difficiles à saisir, combien il faut encore que l'observation s'appesantisse sur ces points pour leur donner ce caractère d'utilité et de précision que réclame la chirurgie.

Pronostic des valvules du col de la vessie. Ni M. Mercier, ni M. Civiale n'ont traité ce point. Mais en s'en rapportant à leurs observations comme à l'analogie, on est amené à assimiler le pronostic des valvules du col vésical à celui du rétrécissement de l'urètre, d'une rétention d'urine par hypertrophie de la prostate. Nous dirons la même chose des complications.

L'exemple suivant est d'autant plus capable de donner une idée de la perplexité où ces valvules peuvent jeter les malades, que c'est le sujet qui raconte lui-même ses souffrances, et l'état déplorable, réellement grave, où, malgré des traitements multipliés, il se voyait réduit. Ce qui peut ici être accusé de la production du mal, ce sont, ce semble, la blennorrhagie et le vice dartreux.

Obs. 5. « M. Ca... a 40 ans ; il y a vingt-deux ans qu'il a eu une gonorrhée virulente, avec verge cordée et descente dans les bourses. Cette maladie a été traitée avec assez de négligence : une application de sangsues au périnée, quelques remèdes internes ; la nature a fait le reste. Il n'est resté de cette première affection qu'un léger engorgement des testicules, un peu de sensibilité, lors des érections surtout, à la partie du canal située au-dessus des bourses, qui avait été le siége principal de l'inflammation.

» Le malade ne se rappelle pas s'il a toujours eu le jet de l'urine petit ; mais il peut affirmer que, depuis quinze à vingt ans, le filet, quoique expulsé avec assez de force, était très-fin et moins large qu'aujourd'hui qu'il a subi le traitement qui l'a rendu à la santé.

» Il y a quinze ans, chancre au prépuce, cure par le mercure à fortes doses à l'intérieur. Quelques mois après, réapparition de deux ou trois chancres au fond de la bouche (frictions d'onguent napolitain aux quatre membres, bains nombreux, forte transpiration, régime sévère) guérison radicale au bout d'un mois ou six semaines.

» Il y a douze ans, deux gonorrhées successives traitées par les bains, les sangsues, le copahu et les injections astringentes, comme vin rouge, etc.

» Il y a quatre ans, apparition d'une dartre au scrotum, démangeaisons insupportables, guérison complète en quelques jours à l'aide de l'onguent citrin. Jusqu'alors, le malade n'avait jamais eu d'affection cutanée.

» C'est de l'époque de la disparition de cette dartre que date l'invasion de la maladie actuelle des voies urinaires. Il n'y avait d'abord que peu de gêne pour uriner et une légère douleur à la vessie ; les urines ne déposaient pas, elles étaient seulement obscurcies par un léger nuage qui a toujours été en augmentant et a fini par dégénérer en matières. Dès lors, besoins plus fréquents d'uriner ; mais le malade ne sait si la vessie se vidait entièrement.

» Le premier traitement fait pour combattre cette affection tendait à rappeler la dartre répercutée : un vésicatoire au scrotum, des frictions à l'onguent stibié, force tisanes émollientes à l'intérieur. Le mal ne fit pas mine de s'apercevoir de ces remèdes, quoique l'inflammation produite à l'extérieur fût extrême. Ce traitement eut lieu six mois après la répercussion.

» Au bout de six autres mois, deuxième traitement : antiphlogistiques, bains, sangsues répétées au périnée, force cataplasmes, transpirations abondantes, sinapismes aux reins et sur le ventre, frictions mercurielles et de la belladone au

périnée, lavements de belladone. Les remèdes, employés avec suite et méthode, n'ont rien produit; le mal resta absolument le même.

» Un an plus tard, troisième traitement : camphre et térébenthine à l'intérieur sans succès. L'emploi de l'hydrochlorate d'ammoniaque à hautes doses (100 grains par jour), produit un mieux sensible (*voyez* p. 192), le malade se sent comme guéri. Ce bien-être ne se soutient pas, et, peu de temps après, la maladie revient à son état primitif.

» Deux ans et demi après l'invasion de cet état déplorable, quatrième traitement : copahu à l'intérieur et injections dans la vessie ; un peu plus tard, bains sulfureux, eau de goudron. La maladie ne cède pas, ne change pas même sous l'influence de ces remèdes.

» Cinquième traitement. Depuis un an à peu près, la maladie a pris une tournure plus grave, les douleurs de la vessie ont augmenté, les besoins d'uriner sont devenus de plus en plus fréquents et les urines plus brûlantes. Au mois de septembre 1842, sur l'avis de M..... (célèbre chirurgien de Paris), le malade a fait usage de bougies dont il a successivement augmenté le volume, et il a fini par élargir le canal à tel point que *les bougies du plus gros calibre s'introduisent sans difficulté*. Le mal est resté le même ; bien plus, il s'aggrave.

» Au mois de décembre, les journées sont pénibles, les nuits troublées par des besoins fréquents d'uriner, l'émission devient de plus en plus difficile, la nuit surtout ; il ne s'écoule qu'une très-petite quantité de ce liquide, *un sixième* environ, sans l'aide et malgré les plus grands efforts ; souvent le passage est complétement bouché ; de là des spasmes terribles et douloureux, des anxiétés affreuses ; il semble que la vessie se jette par bonds contre le rectum et expulse avec une force extraordinaire des vents et jusqu'à des matières fécales qui s'échappent malgré la volonté. C'est à cette époque que le malade s'est aperçu qu'il éprouvait des pertes séminales. Alors aussi survint une éruption de furoncles nombreux aux cuisses et aux jambes.

» Traitement par le sublimé à l'intérieur et les bains de siége à l'eau de son, pendant six semaines. La dartre du scrotum, ainsi que les clous, paraissent se guérir sous l'influence de ce traitement, la vessie et le canal restent dans le même état ou plutôt s'empirent ; les furoncles reparaissent bientôt après, mais moins nombreux et moins enflammés ; la dartre au scrotum est également revenue.

» C'est dans cet état que je suis arrivé à Paris, le 23 mars dernier, et c'est le 7 avril que le docteur Mercier a entrepris le traitement qu'il a mené à une si heureuse terminaison.

» Jusqu'à présent j'ai laissé parler le malade ; mais je vais dire maintenant ce qui est arrivé.

» A son arrivée à Paris, il s'était confié à deux praticiens des plus distingués qui lui avaient conseillé de revenir aux mercuriaux et de prendre, en même temps, des bains nombreux ; mais il n'en résulta qu'une aggravation de ses souffrances, et c'est alors qu'il me consulta.

» Mes explorations m'indiquèrent une sensibilité excessive de l'urètre et un obstacle au col de la vessie déterminé par une saillie valvulaire de son bord postérieur, saillie brusque et résultant bien évidemment d'une contracture des fibres musculaires.

» Comme la vessie était le siége d'une irritation très-vive, je commençai par la calmer en y faisant, plusieurs fois par jour, des injections avec une décoction de racines de guimauve et de tête de pavot. En huit jours le résultat était très-satisfaisant, les besoins d'uriner étaient devenus moins fréquents et les nuits beaucoup meilleures. Mais la sensibilité du canal persistait, et je craignais que le malade ne pût supporter les sondes à demeure que je regardais encore alors comme indispensables pour obtenir un véritable succès. Je fis donc le 15 avril une cautérisation depuis le col de la vessie jusqu'à la portion membraneuse. La douleur ne disparut pas complétement, mais elle éprouva une modification favorable ; elle était moins vive et surtout moins désagréable. Toutefois la dysurie resta la même.

» Le 22, je fis deux incisions sur la val-

vule à l'aide de mon deuxième instrument, et, presque immédiatement, l'urine put être rendue avec beaucoup plus de facilité ; il en restait un tiers au plus dans la vessie. Ce résultat confirmait on ne peut mieux la justesse du diagnostic ; mais il n'était pas encore ce que je désirais; j'espérai cependant que la présence d'une sonde à demeure achèverait peut-être ce que n'avait pas fait l'instrument tranchant. J'en mis une de six millimètres au moins de diamètre, ayant assez de roideur et pressant par conséquent avec force sur le bord postérieur du col de la vessie, et le malade la garda courageusement pendant huit jours; mais il n'en résulta aucun changement; l'urine sortait beaucoup mieux, mais il en restait toujours un tiers.

» C'est alors que, désespérant d'obtenir jamais un succès complet de l'instrument qui m'avait jusque-là le mieux réussi, et enhardi par les courageuses instances du malade, je me décidai à mettre en œuvre une idée que j'avais conçue depuis long-temps déjà et que je fis faire mon troisième instrument.

» La seconde opération fut pratiquée quinze jours après la première, et, quoique je n'aie procédé qu'avec une extrême prudence, je puis même dire trop de timidité, bien que le canal encore fatigué n'ait pu conserver les sondes avec autant de régularité que la première fois, j'obtins enfin un véritable succès ; la vessie se vida complétement, ou, pour dire toute la vérité, elle conservait encore habituellement quelques gouttes d'urine, mais il suffisait que le malade insistât un peu pour la débarrasser entièrement.

» Enfin voici l'état dans lequel M. C.... quitta Paris à la fin de mai :

» La vessie est encore un peu sensible lorsqu'il fait mauvais temps ; mais les urines, qui, avant le traitement, étaient neutres et peut-être même alcalines, sont redevenues franchement acides ; elles formaient auparavant un dépôt blanc et pesant qui égalait presque la moitié de la masse totale : ce dépôt a disparu. La miction ne se fait plus que toutes les cinq ou six heures ; un peu plus cependant pendant la nuit, car le malade se relève encore deux ou trois fois ; le jet est large et fort jusqu'à la fin.

» Le canal est encore sensible dans la région prostatique et au niveau des bourses ; mais un écoulement habituel, qui s'était manifesté au mois de décembre dernier et qui avait persisté jusqu'à mon traitement, a complétement cessé. Des injections avec une faible solution de nitrate d'argent paraissent avoir contribué à ce changement.

» Les pertes séminales sont bien moindres et ne paraissent plus avoir lieu que quand le malade va à la selle. Lorsque, d'après ma recommandation, il urine d'abord, ces pertes sont presque nulles. Les érections reviennent sans douleurs, et des désirs vénériens énergiques ont succédé à l'impuissance qui existait depuis long-temps.

» Les furoncles ont complétement disparu. Ceux dont le malade avait le corps couvert, lorsque je le vis pour la première fois, suivaient une marche chronique, ne s'accompagnaient que d'une inflammation très-circonscrite, et arrivaient très-lentement à la suppuration ; ceux qui avaient guéri avant le traitement avaient laissé des taches noirâtres sur la peau ; ceux, au contraire, qui ont guéri pendant le traitement n'ont laissé aucune marque.

» Toutefois la dartre du scrotum a encore plusieurs fois reparu. Chaque fois il a suffi de faire quelques onctions avec la pommade au calomel pour la faire disparaître J'ai essayé si un vésicatoire, puis un cautère à la partie inférieure de la cuisse ne feraient pas cesser le vice général auquel j'attribuais cette éruption, et qui m'inspirait quelque crainte pour l'avenir ; mais il paraît que ces moyens n'eurent pas grand effet.

» Voici l'extrait d'une lettre que M. C... m'a écrite quelques jours après son retour dans sa famille : ...J'ai le plaisir de vous dire que je suis arrivé, fatigué, il est vrai, malgré la précaution que j'avais prise de me reposer en route, mais dans un état de santé favorable au delà de toute attente Je n'ai pas souffert le moins du monde en route ; les douleurs que je ressentais dans le canal et qui me donnaient encore

quelque inquiétude, ont disparu comme par enchantement, et les fonctions se font avec une facilité, une régularité remarquables. Le jet de l'urine est plus large que jamais, et je suis persuadé que la vessie se vide bien complétement. Mes nuits sont excellentes, je dors six ou sept heures sans interruption. Somme toute, mon état est très-satisfaisant ; et je prendrai des précautions pour que rien ne vienne troubler le bien-être dont je jouis....

» Malheureusement cet intéressant malade n'était pas à bout de ses peines : ...Depuis mon retour de Paris, m'écrivit-il, le 18 août, je n'ai fait que souffrir ; l'éruption cutanée est revenue terrible ; j'ai eu, à la partie inférieure de la jambe gauche, au moins vingt clous tellement douloureux qu'ils m'empêchaient de marcher et me forçaient de garder le lit. La vessie ne m'a plus causé de souffrances ; l'écoulement des urines s'est toujours fait avec facilité, le jet n'a pas diminué ; cependant j'éprouve des douleurs incessantes au col et dans une partie du canal. A l'heure où je vous écris, je suis assez bien, mais souffrant toujours un peu à l'intérieur. Le scrotum, depuis les jours de chaleur, est à moitié recouvert d'une dartre qui me cause des démangeaisons insupportables, et d'où suinte une espèce de sérosité collante. Je viens d'obtenir un nouveau congé de trois semaines, et je vais, d'après votre avis, me rendre à Aix-la-Chapelle et y essayer les eaux. Tous les médecins que j'ai vus ici pensent que les bains sulfureux et l'eau prise à l'intérieur, feront disparaître le mal que je ressens encore, et qui ne peut être qu'un reste de la dartre répercutée. Il est certain que je souffre moins, infiniment moins, lorsque le scrotum est sous l'influence de l'affection dartreuse ; mais viennent le froid et les pluies, le mal extérieur diminuera et celui de l'intérieur augmentera à proportion. Du reste, j'urine sans efforts ; plus de spasmes ; il y a toujours un peu de perte séminale. J'ai bu, depuis mon retour, soixante-dix bouteilles de tisane dépurative...

» J'ai appris, depuis, que les bains d'Aix-la-Chapelle, ainsi que la tisane de Feltz, que j'avais conseillés ont été sans effet, et que l'état de M. C... est toujours le même.

» Cette observation est extrêmement remarquable en ce que, non-seulement l'opération, quoique timidement faite, je le répète, a fait disparaître la dysurie, mais en ce que celle-ci ne s'est pas reproduite malgré la persistance de sa cause première. La chirurgie a donc fait tout ce qu'elle pouvait, c'est à la médecine à faire le reste ; malheureusement le vice herpétique est un écueil contre lequel elle vient souvent échouer, peut-être parce qu'il tient souvent à des conditions qu'il est difficile de reconnaître, et auxquelles il est plus difficile encore de soustraire le malade. Ainsi, dans le cas présent, les furoncles disparurent tout à fait pendant les sept ou huit semaines que le malade passa à Paris, et se reproduisirent aussitôt après son retour en Belgique. Cette circonstance ne serait-elle pas un utile enseignement ? M. C... ne gagnerait-il rien à se dépayser un peu ? Ne compléterait-il pas sa guérison dans un climat plus chaud, sous un ciel plus égal que celui qu'il habite ? Les bains hydro-sulfureux, pris dans le midi de la France, ne lui auraient-ils pas été plus utiles que ceux d'Aix-la-Chapelle ? Tout ce que je puis dire, c'est que je le crois. Peut-être même un traitement hydrothérapique ne lui serait-il pas sans utilité ; car je suis, je l'avoue, de ceux qui croient à l'altération des humeurs en pareils cas, et je pense qu'il y a avantage alors à exciter la peau, et généralement tous les émonctoires de l'économie autres que l'appareil urinaire. » (Mercier, *loco cit.*, page 264.)

Si l'on est appelé, comme cela arrive assez souvent, pour un cas où il y a rétention d'urine, la première chose à faire c'est de débarrasser la vessie. On essaie d'abord le cathétérisme, qui, pratiqué avec un instrument et d'une manière convenable, réussit ordinairement. La susceptibilité et l'irritation de l'urètre viennent-elles à faire échouer ces tentatives, une saignée, des sangsues au périnée, un bain prolongé suffisent quelquefois pour amener l'évacuation d'une certaine quantité d'urine et rendre le cathétérisme plus facile. J.-L. Petit, MM. Blandin, Vidal et beaucoup d'autres chirurgiens se sont bien trouvés de cette conduite dans des circonstances analogues. Des douches de

vapeur, des douches d'eau chaude ou froide dirigées sur le périnée ont aussi été suivies d'heureux résultats. On a vu des exemples où la vie d'homme marié a eu plus de succès, et des succès plus soutenus que par toutes les médications les mieux conçues.

Obs. 6. « M. M..., âgé de vingt-six à vingt-huit ans, employé dans les contributions indirectes, me fut adressé par le docteur Durand, pour une vive douleur qu'il éprouvait habituellement dans la région prostatique. Je le trouvai affecté d'un rétrécissement de la portion membraneuse, et je le traitai par la dilatation graduée et temporaire. Dès lors les urines coulèrent librement, mais la douleur prostatique persista. Une éruption provoquée sur le périnée, au moyen de la pommade stibiée, amena un calme sensible; mais lorsque les pustules eurent disparu, les douleurs revinrent. Une cautérisation de la région prostatique de l'urètre ne fit que changer le caractère des douleurs.

» Le malade prit alors le parti de reprendre ses fonctions, et il fut envoyé dans les environs de Lille. Pendant l'espace de quinze ou dix-huit mois, je reçus de lui plusieurs lettres dans lesquelles il se plaignait vivement des douleurs qu'il continuait d'éprouver, et dont il ne pouvait se soulager momentanément qu'en s'introduisant un des plus forts cathéters Mayor. Enfin, fatigué de toujours souffrir, il résolut de revenir à Paris.

» Je le revis dans les premiers jours de décembre 1843, et il me dit : Ce n'est pas comme médecin que je viens vous voir aujourd'hui, car j'ai trouvé un remède beaucoup plus agréable que tous les vôtres; et comme jusqu'à présent je m'en trouve fort bien, je veux continuer d'en faire usage.

» Voici ce qui lui est arrivé : Ce jeune homme, dans le pays qu'il habitait, avait pris le parti, tant à cause de sa maladie qu'en raison des convenances sociales, de garder une continence parfaite; mais, dans son voyage, ayant fait connaissance d'une jeune fille, il résolut de se dédommager de si longues privations. A son arrivée à Paris, il se mit, avant de me voir, en chambre avec elle.

» Les choses allèrent si bien, et si souvent se répétèrent les expériences, que, ne doutant plus de l'efficacité du remède, le malade vint me voir uniquement pour m'en faire part et bien décidé à continuer. Comme ses douleurs paraissaient avoir considérablement diminué, et comme, d'autre part, j'avais déjà observé un certain nombre de faits analogues, je ne le désapprouvai pas, non sans lui dire toutefois : *Vous savez qu'en tout l'excès est nuisible*; *usez-donc*, *mais n'abusez pas*.

» Il a, depuis, repris ses fonctions; je ne l'ai point revu avant son départ, mais je reçois, à l'instant même, une lettre dans laquelle il ne me dit que ces mots un peu trop laconiques : Je vais très-bien de ma prostate; mais je m'abstiens complétement de femmes. » (Mercier, *loco cit.*)

Mais dans les cas où la valvule n'est pas seulement l'effet momentané de la contraction spasmodique du col vésical, et surtout lorsqu'elle est très-prononcée, tous ces moyens ne sont que des palliatifs, bons seulement à préparer l'emploi de procédés plus efficaces, c'est-à-dire la destruction de la valvule par les caustiques ou par l'instrument tranchant. Nous allons exposer l'application de ces deux méthodes :

M. Civiale a eu recours plusieurs fois à la cautérisation, et bien qu'elle ne détruisit point complétement l'obstacle, elle en a toujours considérablement amendé les effets, et ce résultat favorable s'est maintenu pendant plusieurs années. Aussi n'hésite-t-il pas à conseiller cette pratique. Comment applique-t-il la cautérisation? Il l'expose ainsi lui-même en rapportant une observation où il eut lieu d'en être satisfait.

Obs. 7. « Un homme de trente ans éprouvait depuis un certain temps, en urinant, de la gêne et des difficultés, accompagnées d'un malaise tellement vague qu'il avait de la peine à le préciser. Cet état de choses, joint à un léger écoulement qui reparaissait de loin en loin,

me fit soupçonner une roideur des parois de l'urètre avec coarctation commençante. Plusieurs bougies molles et d'un volume croissant furent introduites ; les plus grosses rapportèrent, avec l'empreinte d'un rétrécissement à la courbure du canal, une autre déformation qui me causa de l'inquiétude. La plupart d'entre elles éprouvaient un temps d'arrêt au moment où elles franchissaient le col vésical, et leur extrémité était toujours recourbée de bas en haut, mais seulement dans l'étendue de deux ou trois lignes. Je soupçonnai l'existence d'un repli transversal, et des explorations avec ma sonde changèrent mes conjectures en certitude. Au moment où le bec de l'instrument paraissait avoir franchi le col vésical, il était arrêté ; l'urine ne coulait point encore, et je ne parvenais dans la vessie qu'après avoir relevé brusquement l'extrémité de la sonde. Dès que j'avais franchi l'obstacle, et pendant que l'urine s'échappait, je pouvais faire pivoter l'instrument, sans découvrir aucune tumeur ni aucun corps derrière la cloison ; le bec de la sonde tournait, en bas, il parcourait librement toute la surface du trigone vésical, et la barrière avait peu de saillie. Je fis porter d'abord quelques sondes à demeure ; plus tard, je pratiquai trois cautérisations, et le malade se trouva si bien ensuite qu'il ne me parut pas indiqué de recourir à d'autres moyens, bien que l'obstacle n'eût pas été entièrement détruit. Car on le distinguait encore très-nettement au moyen de la sonde, soit en l'introduisant, soit en la retirant. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, p. 249.)

M. Civiale se borne à dire qu'il cautérise la valvule ; mais avec quel instrument ? Sans doute avec celui de Ducamp, perfectionné par M. Lallemand. Avant de faire agir son porte-caustique, le chirurgien de Montpellier conseille d'introduire une sonde dans la vessie, de la retirer jusqu'à ce que l'urine s'arrête, de marquer alors le point de l'instrument qui correspond à l'extrémité de la verge, de mesurer la distance de ce point au dernier œil de la sonde, et de mettre ensuite le curseur de la sonde à cautériser à pareil intervalle de l'extrémité vésicale, moins douze ou quinze millimètres. Lorsqu'on aura introduit cet instrument jusqu'au curseur, le bec sera à douze ou quinze millimètres de la vessie, et il suffit alors de pousser le mandrin d'une égale étendue pour cautériser le col de l'organe. On le retire ensuite peu à peu à mesure qu'on retire la sonde, de manière qu'arrivé près du bulbe il soit entièrement rentré dans sa gaîne. M. Lallemand insiste pour qu'on donne au bouton terminal de son mandrin plus de volume qu'on ne le fait ordinairement, afin que si la sonde arrive dans la vessie on puisse sentir la résistance que ce renflement éprouve au passage de l'orifice vésico-urétral. « C'est alors seulement, dit le professeur de Montpellier, qu'on est certain que la cuvette, chargée de nitrate d'argent, correspond à la surface inférieure de la prostate sur laquelle viennent s'ouvrir les canaux éjaculateurs (c'est de la cautérisation de l'orifice de ces canaux qu'il parle). Pour que cette sensation serve ensuite de guide sûr, il faut donc que le milieu de ce renflement olivaire soit beaucoup plus gros que le calibre du tube. » (Lallemand. *Des pertes séminales*, t. III, p. 396.)

M. Mercier emploie un autre instrument que nous ne nous bornerons pas à mentionner, quoique ce soient là des objets qui se prêtent peu à la description. Il faut les voir. Si à la simple lecture on ne peut s'en faire une idée très-exacte, on arrive du moins à se rendre compte du principe sur lequel il est établi.

Cet instrument se compose 1° d'une gaîne d'argent de six millimètres de diamètre, droite dans presque toute son étendue excepté à son extrémité vésicale, où elle se courbe brusquement, à angle de cent à cent dix degrés. La partie rectiligne de la gaîne présente près du coude, sur le côté concave, une fenêtre allongée de vingt à vingt-quatre millimètres ; 2° d'une tige métallique entrant à frottement dans la gaîne et se terminant par une cuvette de huit à dix millimètres de long. L'extrémité interne de la gaîne est munie d'un barillet présentant une fente dont une partie est

horizontale et l'autre perpendiculaire à l'une des extrémités de la précédente ; à la tige porte-cuvette s'adapte une vis engrenée dans la fente du barillet.

A l'aide de ce mécanisme, on peut, dit l'auteur, faire exécuter à la tige un demi-tour, dans un sens ou dans l'autre, pour tourner la cuvette du côté de la fenêtre ou du côté opposé et par conséquent découvrir ou cacher le caustique ; on peut imprimer à cette cuvette des mouvements de va-et-vient qui la font correspondre à l'une des extrémités de la fenêtre.

« Pour me servir de ce porte-caustique, je commence par le fermer, et je graisse les bords de la fenêtre avec un peu de suif, afin d'empêcher l'urine d'y pénétrer au moment de son arrivée dans la vessie : le beurre ou le cérat seraient trop mous et la cire trop dure ; j'introduis l'instrument ainsi apprêté et huilé jusque dans la vessie. Avec son bec, j'explore tout comme je le ferais avec mon cathéter explorateur ; et lorsque ce bec accroche, pour ainsi dire, le bord postérieur de l'orifice, que je suis sûr, par conséquent, que la fenêtre correspond à la paroi sur laquelle doit spécialement porter l'action du caustique, je tourne la cuvette de ce côté. Après un temps presque toujours très-court et à peine appréciable, je le ferme et je retire l'instrument. » (Mercier, *Recherches sur les causes*, etc., *de rétention d'urine*, p. 228.)

Le jeu de cet instrument est facile à saisir. Les premiers effets de la cautérisation sont une douleur assez vive à l'endroit où elle a porté et du ténesme vésical très-prononcé. Cette douleur se fait surtout sentir au col vésical au commencement et à la fin de l'excrétion urinaire. La dysurie augmente d'abord, mais bientôt une détente a lieu et la vessie finit par se débarrasser. Les dernières gouttes d'urine sont teintes de sang, qui est quelquefois rendu pur. Le suintement sanguin augmente pendant quarante-huit heures pour être remplacé par une sécrétion séro-purulente de la surface cautérisée.

A la suite de cette cautérisation rarement il se développe d'accidents sérieux, quelquefois une orchite légère, une augmentation prolongée de la dysurie, augmentation de peu de durée cependant. M. Lallemand a observé l'augmentation immédiate des pertes séminales comme conséquence de cette cautérisation.

Si la rétention d'urine persiste on la combat par les antiphlogistiques, les bains et enfin le cathétérisme. On peut encore employer contre les valvules du col de la vessie, la dépression de cette valvule avec les instruments de M. Leroy-d'Étiolles ou de Meyrieux. Voici le principe de ces instruments : introduire d'abord une sonde élastique avec un mandrin courbe, puis redresser l'extrémité vésicale de la sonde en substituant un mandrin droit au mandrin courbe. Nous n'insistons pas sur ces instruments, qui sont à peu près abandonnés.

La cautérisation et la compression ne faisant en général que diminuer l'obstacle, on a songé à l'instrument tranchant, à l'incision de la valvule. M. Guthrie a imaginé, pour diviser l'obstacle, une sonde légèrement courbe, munie à son extrémité vésicale d'une petite lame cachée, qu'un ressort fait sortir sur les côtés de l'instrument ou à son extrémité, ou à la fois par le côté et par l'extrémité à la volonté de l'opérateur. « La lame étant poussée, la sonde en franchissant la barrière la coupera, et on pourra, en retirant l'instrument, agrandir l'incision, ou bien on pourra ne faire l'incision que dans le dernier temps en ne poussant la lame qu'après être entré dans la vessie. » (Guthrie, *On the diseases of the neck of the bladder*, p. 276.)

M. Civiale reproche avec raison à l'instrument du chirurgien anglais d'exposer à blesser la vessie. Effectivement, quand la lame se découvre pour agir sur la valvule, rien ne protége les parois du viscère, qui, dans les contractions excitées par la douleur, peuvent venir s'accrocher sur les pointes nues de l'instrument. Aussi plusieurs chirurgiens ont-ils fait construire des instruments plus sûrs. MM. Civiale, Mercier et Guillon sont ceux qui se sont le plus occupés de ce sujet encore presque neuf.

M. Civiale décrit ainsi l'instrument qu'il a inventé et dont il se sert avec succès :

« Mon instrument ressemble à une sonde ordinaire, d'un diamètre de deux lignes et demie, et fendu en deux sur le tiers de sa longueur ; dans l'endroit correspondant à sa courbure jusqu'à trois lignes de son extrémité vésicale, l'une des branches forme l'extrémité arrondie de la sonde ; l'autre s'applique contre la précédente, de manière à produire un tube régulier. Dans ce tube s'en trouve placé un autre qui s'étend jusqu'au milieu de sa partie courbée, et qui porte, à un pouce de son extrémité, un bouton logé dans une échancrure pratiquée à la face inférieure du tube externe, au point où commence la courbure. Le tube interne renferme une tige carrée, qui se termine par une lame étroite et longue de dix lignes. Lorsque le bouton du tube intérieur est placé dans l'échancrure du tube extérieur, les deux divisions de celui-ci sont rapprochées ; mais quand on pousse le bouton en avant de deux à trois lignes, les deux branches s'écartent de cinq à six lignes. Dans cet état d'écartement, on pousse la tige carrée, et au même instant la lame qui la termine fait saillie à la face antérieure du tube externe entre ses deux branches écartées. Pour se servir de l'instrument on place le bouton dans son échancrure, de manière que les deux lames, rapprochées, cachent entièrement et le tube inférieur et la lame qu'il contient : on l'introduit alors comme une sonde ordinaire. Dès que la convexité de sa courbure est placée au niveau de la barrière, on écarte les branches en poussant le tube interne : le bouton fait, au dehors du tube externe, une saillie qui sert de point d'arrêt vis-à-vis de l'obstacle et indique avec précision le point qu'il faut inciser. Alors on fixe l'instrument, on fait sortir la lame en poussant la tige carrée, et l'on divise la barrière en procédant de son bord libre vers sa base. Chaque incision ne saurait avoir plus de deux lignes de profondeur : on peut en faire plusieurs à côté l'une de l'autre. Au moyen de cet instrument, la division de la bride s'opère avec d'autant plus de facilité et de certitude, qu'en poussant le bouton, les deux branches écartées éloignent les lèvres latérales du col de la vessie, tendent la barrière et la rendent plus saillante. Après avoir fait une ou deux incisions, on ramène la lame dans sa gouttière par une traction exercée sur un anneau extérieur ; puis, en tirant sur la rondelle du tube interne, le bouton qui écartait les deux branches rentre dans l'échancrure, et l'instrument devient ce qu'il était au moment de l'introduction, c'est-à-dire une sonde ordinaire avec deux anneaux latéraux, trois vis de pression et un petit anneau terminal. » (Civiale, *Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires*, page 252.)

A l'époque où M. Civiale donna cette description de son instrument (c'était en 1841), il s'en était servi deux fois. Chez l'un des malades il y eut une hémorrhagie assez abondante ; l'autre ne rendit que quelques gouttes de sang. Le premier fut débarrassé par une seule opération, chez l'autre il fallut recommencer ; on n'avait coupé qu'une partie de la barrière, qui cependant n'était pas très-considérable. Mais, dit M. Civiale, c'était une première opération et je craignais de faire une incision trop profonde. Il vaut mieux imiter cette prudence que de s'exposer à tomber dans les fautes qu'elle fait éviter.

Toutes les fois, dit M. Civiale, que je rencontrerai des cas bien difficiles, dans lesquels le diagnostic pourra être établi avec précision, je n'hésiterai pas à recourir à ce procédé. Cependant le succès n'a été complet que plusieurs jours après l'opération, douze dans un cas et vingt dans l'autre. L'auteur ajoute qu'on pourrait combiner l'incision et la cautérisation.

Après avoir passé par deux essais, M. Mercier s'arrête à celui dont voici la description :

« Mon troisième instrument a, comme les précédents, la forme de ma sonde exploratrice ; seulement il n'est pas tout à fait cylindrique, et il a un peu plus de diamètre de la face correspondant au bec vers la face opposée, tandis qu'il en a un peu moins d'un côté à l'autre. Dans l'épaisseur de la tige, tout près de l'angle de courbure, se trouve une lame qu'on peut faire saillir à volonté de deux, quatre

et même six millimètres, sans que cependant la pointe de cette lame se dégage complétement de l'épaisseur du bec, condition importante pour ne pas être exposé à accrocher les tissus. Lorsque l'instrument est ouvert au maximum, le tranchant de la lame représente une ligne qui, partant de la tige, à quinze millimètres de l'angle, irait tomber sur le milieu à peu près du bec. Un mécanisme particulier permet, lorsque cette lame a pénétré dans la vessie, de l'ouvrir au degré convenable et de la fermer à volonté. J'ai présenté cet instrument en 1843 à la Société anatomique.

» Lorsqu'on l'introduit dans la vessie, on explore le col, on tourne le bec directement en arrière et on l'attire jusqu'à la valvule. Après s'être bien assuré de l'état des choses, on le repousse dans la vessie d'une quantité égale à la longueur de la lame, et on ouvre celle-ci de quatre millimètres, terme moyen. Il suffit alors de retirer l'instrument jusqu'à ce que son bec se trouve arrêté par le col de la vessie, pour opérer la section de la valvule, de son bord libre vers son bord adhérent.

» Après ce premier temps on peut fermer la lame, ou bien, comme je le fais presque toujours sans inconvénient, on repousse l'instrument comme la première fois et dans la même direction, ce qui permet de rendre la section plus complète encore ; puis, si l'on veut faire des incisions latérales, on répète la même manœuvre, le bec étant toujours tourné en arrière, mais dans la direction des diamètres obliques du bassin. Après quoi, on ferme la lame, on tourne le bec en avant et on retire l'instrument.

» Je ne saurais dire combien ce dernier est commode et sûr ; sa lame a tout le tranchant d'un bistouri, et, comme le bistouri, elle agit en pressant et en sciant. Le malade sent à peine l'incision, comme cela a lieu toutes les fois qu'on agit sur les parties profondes, éloignées de la peau, qui est le siége spécial de la sensibilité. Si on se rappelle ce qui arrive dans la taille périnéale avec un lithotome ouvert de vingt à vingt-cinq et même trente millimètres, on ne craindra pas d'être exposé à faire des incisions trop profondes ou de provoquer des hémorrhagies inquiétantes. Les incisions sont telles, que je n'ai jamais vu l'incontinence survenir, même immédiatement après l'opération. Dès le lendemain l'écoulement de sang rougit à peine l'urine, et il n'y en a plus de traces au bout de cinq ou six jours. Une fois seulement j'ai observé une hémorrhagie un peu abondante, mais qui n'eut aucune suite fâcheuse. Si toutefois cet accident avait lieu, on ne manquerait pas d'y remédier à l'aide d'applications froides sur le périnée, d'injections froides dans la vessie, ou bien en introduisant jusque dans cet organe une sonde élastique volumineuse ou munie d'un sac de baudruche comme celle de Physick, ou bien encore par quelques applications de nitrate d'argent ; mais jusqu'à présent il m'a suffi de recommander au malade de ne pas faire d'efforts en urinant, et de ne le faire que couché sur le côté. Une seule fois, dans le cas dont je parlais il n'y a qu'un instant, j'ai jugé à propos de faire des applications froides sur le périnée. On ne peut blesser la paroi postérieure de la vessie, parce qu'elle est garantie par le bec de l'instrument, ni le verumontanum, parce que ce bec ne permet pas à la lame d'inciser jusque-là

» Dans le principe, je mettais une grosse sonde à demeure pendant sept ou huit jours, pour prévenir la reproduction de la valvule par suite du travail de cicatrisation, et je crois qu'en effet cette précaution était tout à fait nécessaire avec mes premiers instruments ; mais j'ai appris, par expérience, qu'elle n'est pas indispensable avec le nouveau. Cet avantage a d'autant plus de valeur que presque toujours l'urètre est le siége d'une inflammation chronique, et que, dans quelques cas, sa sensibilité est telle qu'il serait impossible au malade de garder une sonde pendant plusieurs jours consécutifs. » (Mercier, *Recherches* etc., p. 258.)

Voici un exemple tiré de la pratique de M. Mercier, et qu'il donne comme un succès incomplet. Cette observation présente deux accidents assez remarquables : une rétention d'urine produite par

l'incision ; et une hémorrhagie abondante par le décollement des lèvres de cette incision.

Obs. 8. « Le vicomte de F... est un ancien officier de cavalerie, âgé de cinquante-cinq ans environ, grand, fort, bien portant, habitant ordinairement la campagne, ayant des habitudes douces, parfaitement réglées, n'ayant jamais eu d'urétrite, mais sujet depuis long-temps à des accès d'hémorrhoïdes qui le font beaucoup souffrir. Ses urines avaient toujours bien coulé, et, lorsqu'il me fut adressé, il n'y avait que dix-huit mois qu'il avait commencé à s'apercevoir de quelques difficultés dans l'émission de ce liquide. C'était surtout au retour de ses accès que cette difficulté était marquée ; car, par moments, la rétention était presque complète; la vessie ne se vidait que très-imparfaitement ; aussi les besoins se faisaient-ils sentir à chaque instant.

» Pris, pendant un voyage à Paris, d'une rétention d'urine presque complète, ce malade me fut adressé par son médecin, l'honorable M. R. Gérardin.

» A l'époque où je le vis, son jet urinaire était faible, entortillé ; souvent il s'arrêtait tout à coup pour reparaître ensuite, et, malgré tous les efforts du malade, une quantité notable d'urine stagnait dans la vessie, ainsi que j'ai pu m'en assurer par la sonde. Ce liquide était fétide, trouble et formait un dépôt abondant. La sonde exploratrice annonçait une valvule épaisse, et comme la prostate était en même temps assez volumineuse, j'eus lieu de croire que c'était une valvule prostatique.

» Je fis une seule incision sur cette valvule à l'aide de mon deuxième instrument, en présence de M. Gérardin, et je mis à demeure une sonde élastique volumineuse, mais l'irritation produite par la présence de cette sonde ne tarda pas à ramener une crise hémorrhoïdale très-violente, et je fus obligé d'ôter cet instrument ; mais alors cette crise, et sans doute aussi le gonflement survenu au col de la vessie par suite de l'inflammation provoquée par l'incision et la présence du corps étranger, déterminèrent une rétention d'urine complète qui nécessita le cathétérisme pour évacuer l'urine. J'eus soin, en le pratiquant, de suivre bien exactement la paroi supérieure du canal, et, malgré le passage répété de l'instrument, le sang ne tarda pas à disparaître, l'inflammation se calma et les urines commencèrent à couler librement quatre ou cinq jours après l'opération.

» Mais, le huitième jour, craignant que le travail de cicatrisation ne ramenât les parties à leur premier état, je passai mon cathéter explorateur, dans le but d'exercer une dépression sur la valvule, et de séparer les bords de l'incision, dans le cas où ils se seraient déjà réunis. L'effet désiré eut lieu sans doute, mais il en résulta aussi un inconvénient auquel je ne m'attendais pas : c'est un écoulement de sang plus abondant que celui qui avait suivi l'opération. Je fus donc encore obligé de renoncer à ce moyen et d'abandonner la marche de la cicatrisation à la nature, craignant très-fort la réunion des deux bords de la plaie, mais conservant néanmoins quelque espoir, ainsi que nous le verrons. Je me bornai à passer chaque jour une sonde élastique, à courbure fixe, assez volumineuse, et à faire des injections émollientes.

» Sous cette influence, l'inflammation du col se dissipa, les urines s'éclaircirent, elles coulèrent plus librement, et le jet, sans être très-volumineux, n'était plus interrompu comme précédemment ; mais ce qu'il y avait de plus caractéristique, c'est que la vessie se vidait entièrement ou presque entièrement ; de telle sorte que, trente-cinq jours après l'opération, le malade retourna dans son pays, qui est à plus de 80 lieues de Paris. Ce voyage réveilla l'irritation du col vésical ; mais huit jours de repos ramenèrent les choses à un état meilleur.

» Huit mois après l'opération, j'ai pu constater de mes propres yeux que le jet s'était sensiblement amélioré ; M. de F... s'en était lui-même aperçu et se trouvait assez satisfait de sa position ; il n'éprouve une gêne bien sensible en urinant que lorsque ses crises hémorrhoïdales se manifestent, et sa santé est bonne sous tous les rapports. Dernièrement je l'ai rencontré se disposant à faire un voyage dans le midi de la France. » (Mercier,

Recherches sur la nature et le traitement etc., p. 261.)

Bien que jusqu'ici l'incision des valvules du corps de la vessie n'ait pas offert d'accident grave, l'hémorrhagie n'a pas laissé parfois d'être très-inquiétante. Elle paraît avoir été primitive dans le cas suivant. Si elle n'a donné qu'un peu plus tard des signes de son existence, cela tenait sans doute à ce que le sang remplit la vessie avant d'être chassé en dehors. Ce cas est d'ailleurs intéressant.

Obs. 9. « M. T..., âgé de cinquante-cinq à soixante ans, employé supérieur dans une administration, et demeurant aux Batignolles, me fut adressé, le 23 septembre 1843, par le docteur Desmarres.

» Cet homme, sujet à un léger flux hémorrhoïdal qui se manifestait par intervalles, avait vu disparaître, il y a six ans, une dartre qu'il portait depuis quinze ou vingt ans au-devant du sternum, et en même temps s'était manifestée une assez vive sensibilité dans le canal, avec rougeur du sommet du gland. Comme il avait vu une femme quelques jours auparavant, il conçut quelques craintes; cependant il se rassura quand il vit qu'aucun écoulement ne se manifestait. Mais la sensibilité persista, augmentait même par intervalles; l'écoulement des urines était précédé et suivi d'un picotement désagréable, principalement à l'extrémité de la verge; peu à peu le jet diminua, et souvent même il se trouvait interrompu.

» Lorsque je vis ce malade, le jet était long-temps à paraître; il sortait ensuite comme un fil, en tire-bouchon, et souvent même il s'arrêtait pour reparaître après de nouveaux efforts. La vessie ne se vidait pas complétement; il restait 60 grammes environ d'urine dans sa cavité, malgré les efforts prolongés que faisait chaque fois le malade pour l'expulser; ce liquide était très-acide, clair au moment de l'émission; mais il fournissait bientôt un dépôt d'urates par le refroidissement.

» Le sommet du gland était constamment rouge, le canal d'une sensibilité excessive, surtout au contact des instruments, et des picotements désagréables se faisaient sentir dans le rectum. Une sonde élastique, terminée par un renflement de 5 millimètres, pénétra jusque dans la vessie; elle indiqua que c'était surtout au col de cet organe que la sensibilité était vive, et que là seulement elle éprouvait quelque obstacle. En la retirant, il y eut un petit suintement sanguinolent qui faisait voir que la sensibilité de la muqueuse tenait véritablement à une inflammation, puisqu'un très-léger frottement, avec un instrument bien souple, bien lisse et tout à fait arrondi, avait suffi pour le provoquer. Le cathéter explorateur et tous les autres signes me confirmèrent dans l'idée que j'avais affaire à une valvule.

» Le 26, au soir, je fis trois incisions assez profondes sur le bord postérieur du col de la vessie; il y eut immédiatement un écoulement de sang qui ne m'offrit rien de particulier. Mais comme j'espérais toujours obtenir un résultat meilleur si le malade pouvait garder la sonde pendant quelques jours, afin d'affaisser davantage les petits lambeaux déterminés par les incisions, j'en mis une que je lui recommandai d'ôter si les douleurs devenaient trop vives.

» Mais, vers onze heures du soir, on vint me trouver en toute hâte à cause d'une hémorrhagie très-grave qui, me dit-on, s'était manifestée quelques heures après mon départ. Voici ce qui était arrivé ; la présence de la sonde avait provoqué un ténesme vésical extrêmement violent que le malade prenait pour des besoins d'uriner, et qu'il attribuait, par cela même qu'il ne cessait pas, à ce que sa vessie ne pouvait se vider. Il faisait donc des efforts incessants, dans le but de chasser les caillots qu'il supposait obstruer la sonde, il se tenait debout et se cramponnait contre les meubles afin de pousser avec plus de force. A mon arrivée, je le trouvai dans cet état; la sonde était à moitié sortie, et je l'ôtai immédiatement. Alors je vis qu'il sortait effectivement goutte à goutte du sang qui me paraissait presque pur; le parquet en était couvert. Je fis coucher le malade et j'explorai la vessie par l'hypogastre. Je constatai alors qu'elle était parfaitement vide, et j'eus lieu de croire

que ce que je voyais sortir était l'urine elle-même teinte d'une certaine quantité de sang. Je me contentai donc de recommander au malade de rester couché sur le dos ou sur l'un des côtés et de ne plus faire d'efforts; peu à peu j'eus la satisfaction de voir l'écoulement devenir moins abondant, moins continu. Les ténesmes se faisaient encore sentir à chaque instant, mais alors le malade laissait aller les quelques gouttes qui avaient besoin de s'échapper, sans quitter la position horizontale et sans exercer le moindre effort.

» Le 27, l'état avait un peu changé, et le liquide rendu contenait encore beaucoup de sang qui se coagulait par le refroidissement. De plus, des tumeurs hémorrhoïdales faisaient, en dehors de l'anus, un bourrelet fort douloureux, et l'urètre était le siége d'une sensibilité très-vive. Du reste, la vessie était toujours vide. Pouls suffisamment plein. Je fis rentrer les hémorrhoïdes; en même temps je recommandai des boissons peu abondantes et l'application d'une vessie remplie de glace sur le périnée.

» Le 28, le calme était revenu, les douleurs étaient moins vives et le ténesme moins fréquent, mais l'écoulement de sang était toujours abondant; il en était encore de même le 30. Je fis prendre alors quelques verres de limonade sulfurique, et chaque jour, à partir du 1er octobre, je joignis à cela 5 pilules contenant 10 centigr. d'extrait de tanin et autant d'alun.

» Mais le 4, époque où il existait depuis plusieurs jours une constipation opiniâtre, des coliques extrêmement vives se firent sentir dans la région hépatique. Teinte jaune et véritablement ictérique de la peau. Peu de fièvre. Le malade se rappela alors avoir éprouvé, quelques années auparavant, des coliques absolument semblables après avoir mangé une grande quantité d'artichauts non cuits. Les artichauts contenant beaucoup de tanin, je pensai que les astringents étaient la cause principale de ces phénomènes; et comme ils ne paraissaient pas avoir une influence bien évidente sur la diminution lente mais graduelle du sang, j'en fis cesser l'usage et je fis prendre un laxatif en recommandant au malade de ne pas faire d'efforts pour aller à la selle, et de se faire passer un bassin sous le siége chaque fois qu'il en aurait besoin. Cette conduite eut tout le résultat désirable; des évacuations assez abondantes eurent lieu, aggravation de l'écoulement sanguin, la douleur se dissipa, et dès lors l'appétit revint, ainsi que le libre exercice des fonctions.

» Ce n'est que le 7 ou le 8 que le sang disparut tout à fait et que l'urine reprit son acidité.

» A mesure que les besoins d'uriner diminuaient de fréquence, et que la vessie se remplissait davantage, les bienfaits obtenus de l'opération devinrent plus évidents. Bien que M. T... urinât toujours couché, le jet devenait rapide et plein; mais, malgré le régime le plus sévère, malgré des boissons émulsionnées et des bains, la sensibilité du canal restait toujours très-vive.

» Le 16, j'essayai s'il ne serait pas possible de modifier cette sensibilité à l'aide de bougies enduites de pommade contenant une faible quantité de calomel (50 centigrammes pour 30 gram. d'axonge), et laissées en place pendant dix minutes seulement; mais il n'en résulta qu'une aggravation, et comme le résultat principal était obtenu, et que l'urine sortait à plein canal, je résolus d'attendre si le temps n'amènerait pas à son tour quelque amendement.

» Deux mois environ après cette époque, je revis M. T... : le sommet du gland était toujours irrité et le canal sensible au passage de l'urine. Quant à ce liquide, il passait on ne peut plus facilement, plus facilement qu'il n'avait jamais fait; car M. T... me dit que jamais son jet n'avait été volumineux.

» Au moment de livrer ce fait à la publicité (13 avril 1844), j'ai voulu m'assurer de nouveau des résultats définitifs, et j'ai constaté que l'urine sort parfaitement bien; le jet est peut-être un peu moins fort que dans les premiers temps qui suivirent l'opération; mais, comme il n'a aucunement diminué depuis plusieurs mois, il est probable que la rétraction de la cicatrice est complète, et qu'il n'y a plus de crainte à avoir sous ce rap-

port. Un autre résultat favorable, c'est que l'irritation du gland et la sensibilité du canal se sont presque entièrement dissipées. En revanche, la dartre, qui n'avait pas reparu dans l'espace de six années qu'avait duré l'affection urétrale, a semblé plusieurs fois vouloir renaître; cependant elle n'existe pas actuellement, et M. T... se trouve dans les meilleures conditions.

» Ce fait nous présente plusieurs circonstances dignes de remarque. Je ne reviendrai pas sur la nature évidemment herpétique de l'affection urétrale; mais je rappellerai : 1° l'absence complète d'écoulement, bien qu'il y eût inflammation évidente; 2° le peu d'influence d'une hémorrhagie très-abondante et longtemps prolongée sur cette inflammation et la diminution graduelle de celle-ci lorsque le cours de l'urine fut devenu libre, et que le malade n'eut plus besoin de faire des efforts; 3° j'insisterai, je n'ose pas encore dire sur l'inutilité, mais sur la non-nécessité d'une sonde à demeure pour obtenir un bon résultat; 4° je ferai remarquer combien il est important de recommander au malade de ne pas se laisser tromper sur la cause des ténesmes qu'il pourrait éprouver, et de ne pas s'abandonner à des efforts fâcheux; 5° enfin, ce fait prouve qu'on ne doit pas se laisser trop effrayer par un écoulement de sang qui, très-probablement, s'arrêtera toujours spontanément, car il est presque impossible de léser en cet endroit des vaisseaux de quelque importance. » (Mercier, *Recherches sur la nature et le traitement d'une cause fréquente et peu connue de rétention d'urine, et sur ses rapports*, p. 381.)

M. Mercier recommande au malade de ne point se laisser tromper sur les causes des ténesmes qu'il peut éprouver. Le conseil est bon, mais il nous paraît difficile à suivre. L'auteur ne nous dit pas comment le malade distinguera les ténesmes dûs à diverses causes.

Nous ne saurions être non plus de son avis quand il dit que le malade a tort de s'effrayer pour un écoulement de sang qui, *très-probablement*, s'arrêtera. Nous pensons que le malade fera bien alors d'avertir son chirurgien de ce qui se passe; les hémorrhagies, qui ont déjà eu lieu, montrent, quoiqu'elles n'aient pas été mortelles, le danger qu'il peut y avoir à ne pas les surveiller. Dans un cas où la section de la valvule n'avait pas complétement réussi, parce que l'incision avait été trop peu profonde et la vessie trop distendue, la strychnine a été administrée sans succès contre l'inertie de ce viscère.

Obs. 10. « M. B..., dans sa trente-troisième année, porta, jusqu'à l'âge de douze ans, le testicule droit dans l'aine; celui-ci descendit alors, mais suivi des intestins. A vingt-quatre ans, survinrent des végétations autour du gland, mais rien dans le canal; à vingt-huit ans environ, légère gonorrhée qui s'est arrêtée seule au bout de huit jours; en même temps, chancres dans la gorge (salsepareille, très-peu de mercure); disparition rapide. A trente-deux ans, blennorrhagie qui a duré au moins six mois. Pendant ce temps, des difficultés d'uriner, auxquelles le malade n'avait jusqu'alors fait que peu d'attention, augmentèrent d'une manière notable. Quelquefois l'urine avait de la peine à se faire jour; parfois même il lui était impossible de sortir.

» Des pertes séminales consécutives à la masturbation s'étaient manifestées, même antérieurement à l'avant-dernière gonorrhée. Cette affection, survenue à deux reprises, les augmenta. Dès lors elles furent presque continuelles; les derniers jets d'urine apparurent filants, et du sperme s'échappa à chaque garderobe; les érections sont devenues très-faibles et rares; mémoire notablement diminuée; travaux intellectuels fatigants.

» Depuis l'âge de vingt-quatre ans, époque où M. B... couchait dans une chambre froide et humide, il éprouve par intervalles, mais aussi bien l'été que l'hiver, quelques douleurs dans les membres inférieurs. Toutefois ceux-ci ne sont pas plus faibles que le reste, et permettent de faire des courses très-longues et très-rapides.

» Il y a un an, il survint simultanément un étranglement de la hernie et une augmentation de la dysurie. Pendant plus d'une semaine, l'étranglement résista aux efforts de deux habiles pra-

ticiens, MM. Prus et A. Bernard, puis il se dissipa tout à coup et spontanément.

» Le lendemain de la réduction, la hernie n'a point reparu ; et cependant la rétention d'urine s'est complétement reproduite. Je porte alors la dose de strychnine à un demi-centigramme par pilule, et le malade continue d'en prendre le même nombre. Le 25, l'urine reprit son cours et dès lors l'amélioration augmenta graduellement. Nous cessâmes la strychnine, et je conseillai au malade de s'introduire tous les jours une sonde élastique, afin de s'assurer si la vessie parviendrait à se vider complétement, et de la débarrasser dans le cas contraire.

» Cependant j'avais remarqué qu'il existait derrière le rétrécissement une inflammation chronique de la partie la plus reculée de l'urètre. Souvent les sondes à renflement olivaire avaient ramené cette humeur blanchâtre et puriforme dont j'ai déjà souvent parlé ; j'avais aussi constaté que le col de la vessie se contractait spasmodiquement, et qu'il restait toujours un peu d'urine après la miction. Mais j'espérais que le rétrécissement étant largement dilaté, cette inflammation chronique et ses effets disparaîtraient spontanément. Il n'en fut rien : bien que la vessie parût se contracter avec force, elle ne se vidait pas complétement.

» Aussi, le 13 février, après avoir fait prendre l'avis de M. Prus, je fis trois incisions sur le bord postérieur du col de la vessie avec mon troisième instrument, dont la lame, vu la faible saillie de la valvule, ne fut ouverte que de trois millimètres environ. Il s'écoula immédiatement un peu de sang, mais le lendemain les urines étaient à peine rouges, et le second jour elles étaient parfaitement claires. Je mis pendant quelques jours une sonde à demeure.

» Il y eut de l'amélioration à la suite de cette opération, les pertes séminales diminuèrent notablement, sans doute parce qu'il fallait moins d'efforts pour uriner, et les facultés génitales se réveillèrent ; cependant il restait toujours un peu d'urine.

» Le 1er novembre 1843, l'étranglement se reproduisit et en même temps la rétention d'urine devint complète. Des tentatives de réduction ayant été inutiles, et l'ischurie persistant, je fus appelé le 2 par M. Prus.

» Je m'occupai immédiatement de vider la vessie, qui était énormément distendue, pensant que la hernie rentrerait ensuite plus facilement, mais je trouvai, dans la partie la plus reculée du bulbe, un rétrécissement que je ne pus franchir qu'avec une sonde élastique de deux millimètres de diamètre : la vessie avait perdu toute sa contractilité. Lorsqu'elle fut vidée, la hernie, qui paraissait formée uniquement par l'épiploon, resta irréductible comme auparavant.

» Le 3, les choses étaient dans le même état ; le malade n'avait pas uriné une seule goutte. Je lui introduisis une sonde plus forte, et, malgré cela, l'urine sortait à peine lorsque le malade était sur le dos ; ce n'est qu'en le faisant coucher sur le côté qu'elle sortait spontanément. Il en fut de même les jours suivants ; aussi nous décidâmes nous, M. Prus et moi, à mettre une sonde à demeure, tant pour donner issue à l'urine, que pour réveiller la contractilité vésicale. Nous fîmes faire trois ou quatre fois par jour des injections d'eau froide dans la vessie, et plus tard des décoctions de quinquina également froide. Nous administrâmes même, pendant cinq ou six jours, le seigle ergoté à la dose de cinquante ou soixante-quinze centigrammes par vingt-quatre heures. Tout fut inutile : la vessie resta toujours inerte et la hernie irréductible.

» Le 19, M. A. Bérard fut appelé : il constata l'énorme dilatabilité de la vessie, son inertie complète ; il rechercha si elles ne faisaient pas partie de la hernie, mais rien ne donna lieu de le croire : au reste, l'irréductibilité persista : il fut convenu qu'on appliquerait des vésicatoires volants sur l'hypogastre ; mais le malade répugnant à l'emploi de ce moyen, j'essayai auparavant l'administration de pilules contenant chacune un tiers de centigramme de strychnine : il en prenait trois par jour. Dès le lendemain, il sentit les secousses caractéristiques. Le 23, la hernie rentra tout à coup presque spontanément, et la vessie

put expulser une partie de son contenu.

» Au bout de quelque temps je pratiquai une cautérisation qui ne parut pas amener un grand changement, et je conseillai de revenir à la strychnine. M. B.... ayant craint que les secousses produites par cette substance ne lui permissent pas de se livrer à ses travaux, qui exigent une extrême précision, il tarda jusqu'à ce jour d'en reprendre l'usage.

» Malgré cela, il se trouve très-bien aujourd'hui ; il reste encore un peu d'urine dans sa vessie, cependant il la vide complétement chaque fois qu'il veut s'en donner la peine.

» Le cours de l'urine s'étant arrêté et rétabli à peu près en même temps que l'étranglement s'est effectué et réduit, on pourrait croire que ces phénomènes étaient liés l'un à l'autre ; mais, comme pour lever toute incertitude à cet égard, la rétention s'est reproduite le lendemain de la réduction, et ce n'est qu'après avoir augmenté la dose du médicament qu'elle a disparu définitivement. On peut donc révoquer en doute l'efficacité de la strychnine, quoique celle-ci ait été administrée à des doses très-modérées. Il est probable que l'étranglement a été l'effet des efforts pour uriner. Remarquons que le seigle ergoté avait été, auparavant, mis en usage sans résultat. » (Mercier, *loco cit.*, p. 301.)

L'excision proprement dite des valvules du col de la vessie ne nous paraît point avoir été pratiquée. Parmi les chirurgiens qui ont eu recours à l'incision, nous devons mentionner M. Guillon, dont les instruments sont décrits dans la *Gazette des Hôpitaux* et dans la *Revue Médicale.* Il les désigne tous sous le nom de Stricturotome ou de Sarcotome. Nous en aurions parlé avec détail s'ils ne ressemblaient pas à ceux de M. Mercier au point que ces deux médecins s'en disputent la priorité.

Ajoutons que les valvules du col de la vessie sont un point de pathologie qui réclame encore beaucoup de recherches pour arriver à ce qu'on peut appeler la certitude chirurgicale.

ARTICLE II.

Varices du col de la vessie.

Les varices du col de la vessie ont été mises en avant pour expliquer certaines hémorrhagies qui se déclarent quelquefois à la suite du cathétérisme, et la sensation d'un frottement rude, inégal, sensation qui en a quelquefois imposé pour celle que donne la fièvre. Ce qu'il y a de vrai, c'est que le col de la vessie offre bien dans certains cas des veines plus développées que de coutume, dans les affections chroniques du viscère ou de la prostate ; mais ce volume des veines ne mérite point en général le nom de varice ; on n'a jamais rencontré surtout de tumeur variqueuse. Les varices du col de la vessie n'existent ni comme maladie ayant ses symptômes propres, ni même comme lésion anatomique bien constatée, à tel point que les hommes spéciaux n'en parlent que pour les nier et que nos meilleurs classiques les passent complétement sous silence.

CHAPITRE II.

MALADIES DE LA PROSTATE.

ARTICLE 1er.

Vices de conformation de la prostate.

Les vices de conformation de la prostate sont aussi rares que peu importants. Ils se bornent à la prédominance de la partie antérieure de la glande sur sa partie postérieure, en sorte qu'elle envelopperait l'urètre en avant et le laisserait à nu en arrière, ce qui est la disposition inverse de l'état normal. Dans quelques cas le tissu glandulaire, au lieu d'être continué en arrière ou même en avant par une partie moyenne, est séparé en deux lobes latéraux entièrement indépendants. Chez les enfants, et même chez les adultes, on a rencontré une absence complète ou à peu près complète de la prostate, mais sans qu'on puisse dire qu'elle fût congéniale ; car presque toujours, sinon toujours, l'existence d'un calcul pressant sur le col de la vessie ou même engagé dans l'orifice pouvait plutôt accuser une atrophie qu'une agénésie de la prostate. M. Lalle-

mand a vu les canaux éjaculateurs larges comme une plume à écrire ; mais cette altération était de nature pathologique, c'est d'ailleurs un point qui appelle de nouvelles recherches.

ARTICLE II.

Plaies, déchirures, perforations de la prostate.

M. Vidal de Cassis est le premier qui ait traité ce sujet avec toute l'importance qu'il mérite.

Il y a trois sortes de plaies prostatiques : 1° les plaies proprement dites, ou les divisions accidentelles de cet organe, comme celles qui résultent de la pénétration d'un échalas, ainsi que l'a vu M. le professeur Velpeau, ou d'une esquille osseuse détachée par une balle enfoncée dans la prostate ; 2° les sections artificielles de l'organe dans les tailles périnéales, ou, comme on dit, prostatiques ; 3° des lésions qui tiennent par leur nature le milieu entre les deux ordres précédents, qui sont à la fois accidentelles et chirurgicales, ce sont les fausses routes produites par la sonde.

Les plaies proprement dites sont tellement rares dans cet organe que c'est à peine si l'on en mentionne quelques exemples, c'est donc un point qu'on ne peut qu'indiquer ; quant aux fausses routes, elles trouveront leur place à l'occasion du cathétérisme dans les affections de la prostate. Restent les plaies chirurgicales qui ont déjà été étudiées à l'article *taille*. Notre tâche se borne donc ici à un aperçu général sur trois points particuliers indiqués ailleurs, aperçu qui résume les dispositions diverses de ces lésions et les dangers inhérents à chacune d'elles. M. Velpeau a si bien traité la question que nous ne saurions mieux faire que de le citer.

« La *gravité des plaies* de la prostate est généralement mal connue. La plupart des auteurs l'ont évidemment exagérée. En lui-même, le tissu de cette glande est peu susceptible de s'enflammer, de suppurer ; doué d'une sensibilité très-médiocre, il supporte les solutions de continuité sans réagir vivement sur l'organisme. Ainsi, ce n'est ni par la douleur, ni par le gonflement, ni par l'inflammation, ni par la suppuration, ni par la dégénérescence ou la mortification de leur surface que les plaies de la prostate peuvent inquiéter le chirurgien. Les dangers qu'elles entraînent tiennent presque tous à l'urine qui tend à les traverser en sortant de la vessie ; encore importe-t-il de ne point confondre sous ce point de vue les plaies de la prostate qui s'ouvrent dans le rectum, dans le bassin ou le péritoine, avec celles qui ne s'ouvrent que dans l'urètre et dans la vessie, ou encore dans l'urètre et du côté du périnée. Celles qui se voient au périnée ou sur le contour du col de la vessie exposent à deux ordres d'accidents de nature très-différente : 1° à un écoulement continuel de l'urine au dehors quand elles se transforment en fistules ; 2° à des inflammations redoutables, lorsqu'elles permettent à l'urine de s'infiltrer, entre les aponévroses, dans les tissus voisins. Une plaie de la prostate qui viendrait s'ouvrir entre la face profonde de l'arcade du pubis et les régions antérieure ou latérales du col de la vessie, ou bien encore en arrière, entre le péritoine et le *fascia pelvia*, pourrait faire naître une inflammation purulente, urineuse, de tout le tissu cellulaire sous-péritonéal de l'intérieur du bassin, et amener de la sorte des maladies à peu près inévitablement mortelles : c'est ce que j'ai vu chez un homme qui, dans une chute, eut la prostate divisée jusque dans l'urètre par un des fragments de l'arcade des pubis brisés ; c'est ce qui a été souvent observé à la suite des tailles périnéales, dont l'incision remontait trop haut du côté de la vessie. Si l'ouverture externe de la plaie de la prostate ne dépasse point les limites de l'aponévrose supérieure du périnée, elle propagera l'inflammation urineuse dans l'épaisseur du muscle ischio-coccygien, du muscle releveur de l'anus et dans les tissus qui séparent l'aponévrose moyenne ; pour peu qu'elle s'étende en arrière et en dehors, elle s'ouvrira dans le creux ischio-rectal et pourra déterminer une vaste inflammation gangréneuse sur le côté correspondant de la marge de l'anus.

» Toutefois, tant que les plaies de la prostate ne font que traverser cette

glande, sans en dépasser la circonférence, on n'a que peu à craindre les infiltrations, les inflammations dont je viens de parler. Ces plaies se cicatriseraient rapidement si l'urine ne venait pas à chaque instant entraver l'agglutination. Ici donc c'est l'établissement d'une fistule urinaire, plutôt que tout autre accident, qui est à craindre.

» Le danger des plaies de la prostate, ou leur innocuité, sert précisément de base à presque tous les procédés de lithotomie périnéale qui ont été préconisés de nos jours. Depuis Scarpa, en particulier, les chirurgiens se sont attachés, en pénétrant dans la vessie pour en extraire les calculs, à ne jamais dépasser la base de la prostate dans leurs incisions. Respectant de la sorte les couches fibreuses environnantes, on a cru que le tissu prostatique, d'ailleurs ferme et très-élastique, ne permettrait point aux urines de s'infiltrer dans le tissu cellulaire des environs. Convaincu que les plaies qui dépassent, au contraire, l'enveloppe extérieure de la prostate, sont presque nécessairement suivies de l'infiltration de l'urine ou de l'extension des inflammations de la plaie vers les couches celluleuses ou musculaires du bassin, les opérateurs ont cherché tous les moyens imaginables pour restreindre leurs incisions dans le cercle de cette enveloppe.

» Là-dessus la science n'est point encore fixée : des faits nombreux existent, mais l'interprétation qui en a été donnée manque de rigueur. Après la taille, en effet, il reste à établir que les dangers sont plus grands avec les plaies larges qu'avec les plaies étroites; puis, rien ne démontre que les suites fâcheuses de l'opération ne dépendent pas plutôt, quand elles surviennent, des tiraillements, des pressions, des contusions exercées sur tous les tissus voisins pendant l'extraction de la pierre, que de la plaie proprement dite du pourtour de la prostate. Ainsi que le dit M. Malgaigne, les malades opérés jadis par la méthode latérale de Thomas ou de Foubert ne mouraient point précisément d'inflammation urineuse, et il n'est pas démontré que l'inflammation d'urine soit aussi facile qu'on le dit dans une plaie régulière. » (Velpeau, *Dictionn. de médecine*, t. XXVI, p. 157, 2e édit.)

Les plaies de la prostate qui s'ouvriraient dans le rectum, font craindre l'établissement d'une fistule urétro-rectale, ainsi que les abcès de la prostate qui prennent cette voie. C'est le seul accident spécial qu'il y ait à redouter.

Quant aux blessures qui arrivent pendant le cathétérisme, il y a long-temps que M. Velpeau a montré que le plus souvent on s'en exagérait le danger. Elles ne sont plus si innocentes lorsque avant de pénétrer dans la prostate elles ont labouré la portion bulbeuse, car dans cette dernière région l'infiltration est bien plus facile que dans le tissu dense et serré de la prostate. Si cette infiltration n'a pas lieu, une inflammation de mauvaise nature peut bien plus facilement se développer que lorsque la prostate seule est atteinte.

Lorsqu'au lieu de se prolonger en avant la fausse route de la prostate dépasse la circonférence de la glande en arrière ou sur les côtés avant de s'ouvrir ou sans s'ouvrir dans la vessie, l'urine en fusant dans le tissu cellulaire pelvien expose aux accidents les plus graves.

L'innocuité des fausses routes purement prostatiques avait donné à M. Velpeau l'idée de la ponction de la vessie par l'urètre à travers la prostate. Il y a une douzaine d'années que M. Velpeau avait exprimé cette opinion, formulée depuis d'une manière plus décidée par M. Cruveilhier.

La gravité des fausses routes qui dépassent les limites de la prostate comparée à celles qui y restent circonscrites, ne semble pas devoir se rencontrer dans les incisions lithotomiques qui présentent les mêmes conditions. En sorte que, s'il n'est pas incontestablement établi par des autopsies suffisamment nombreuses et exactes, que les incisions de la taille qui dépassent les limites de la prostate, ont tous les dangers qu'on leur a attribués, il est encore moins probable qu'elles en soient exemptes; et, ce qui n'est mis en doute par personne, c'est que les dilacérations et même la distension violente qu'éprouve une ouverture trop étroite dans les efforts qu'on fait pour

extraire un calcul, souvent rugueux et inégal, sont la source la plus commune des accidents qui compromettent le succès de l'opération. Il y a donc deux conditions essentielles à réaliser dans l'incision de la prostate, sa grandeur et sa circonscription aux limites de la prostate, ce qui ne s'obtient qu'en faisant l'incision multiple et surtout l'incision quadruple de M. Vidal de Cassis.

Ajoutons qu'après avoir lu le passage suivant, il est difficile de douter du danger des incisions de la prostate qui dépassent sa circonférence :

« Dans les plaies de cette étendue, le corps de la vessie se trouve atteint, la plaie dépasse l'aponévrose supérieure ; ce n'est plus alors seulement une plaie du périnée, car elle est pénétrante, elle ouvre le bassin. Quand ces plaies sont faites par incision, comme il y a deux organes attaqués, il y a des différences dans leur mode de réunion ; les lèvres de la solution de continuité de la prostate se rapprochent par l'effet du gonflement ou par élasticité ; d'aillleurs leurs bords sont larges ; elles sont bientôt en contact ; alors elles ne laissent pas passer l'urine ; ce liquide passe plus facilement par la plaie qui a été faite au corps de la vessie, laquelle n'a pas la même élasticité et dont les lèvres n'ont pas la largeur de celles de la plaie de la prostate. L'urine s'infiltre donc dans le tissu cellulaire qui entoure la vessie ; de là des suppurations, des mortifications, etc. Les humeurs étant presque en contact avec le péritoine, il survient une inflammation de cette membrane et ses suites qui sont presque toujours funestes. Ce sont ces accidents qui, quoi qu'on en dise, avaient rendu la pratique de Cheselden si malheureuse dans les premiers essais qu'il fit de la taille latéralisée, avant qu'il eût appris à redouter les plaies de la prostate qui dépassent sa base. On comprend que des déchirures qui s'étendraient aussi loin, seraient plus souvent et plus directement funestes que les grandes incisions ; car, outre les inconvénients de celles-ci, on aurait de plus à craindre tous les accidents qui doivent être la suite de la contusion, de la dilacération du col de la vessie et de la prostate. Tous ces accidents ou presque tous se sont présentés à la suite d'une taille bilatérale chez un homme de plus de quarante ans ; à l'autopsie, on trouva une déchirure s'étendant d'un côté jusqu'au corps de la vessie, et cependant on avait fait sur chacun des grands rayons de la prostate (obliques inférieurs) une incision qui avait au moins cinq lignes, puisque le lithotome double de Dupuytren avait été ouvert au nº 15 ; le calcul n'était pas très-volumineux, mais les efforts que l'on fut obligé d'employer pour l'extraction furent considérables ; le malade mourut à la suite d'une suppuration du tissu cellulaire du petit bassin et d'une péritonite. » (Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, t. V, p. 386.)

Le traitement des plaies de la prostate, qui a d'ailleurs été implicitement exposé dans les articles que nous avons rappelés, n'offre qu'une indication spéciale : empêcher le contact de l'urine avec la plaie par une sonde à demeure.

ARTICLE III.

Calculs de la prostate.

Il semble au premier abord qu'il suffise de prononcer les mots calculs de la prostate, pour qu'on en voie de suite la signification. Au fond, l'expression n'est pourtant pas tout à fait si nette. Désigne-t-elle en effet les concrétions formées dans les conduits excréteurs de la glande elle-même, ou ceux qui, venus de plus haut, sont logés dans cette portion de l'urètre embrassée par la prostate, ou bien enfin s'applique-t-elle à ces deux espèces à la fois? C'est de cette dernière manière que MM. Civiale et Vidal envisagent la question.

Les causes des calculs de la prostate sont tellement inconnues que les auteurs ne s'en occupent même pas. Une seule chose nous paraît ressortir des faits sous ce rapport, c'est la coïncidence de ces concrétions avec celles de la vessie, et en général de l'appareil urinaire, comme si, sous une même influence, la prédominance des sels se trouvait à la fois dans ces deux ordres de liquides si différents. Cette coïncidence n'est pas néanmoins

sans exception, et la prostate est quelquefois seule calculeuse.

Les *caractères anatomiques des calculs de la prostate* ont été moins incomplétement étudiés que les autres points de cette affection, par la raison bien simple qu'elle n'a été souvent reconnue qu'à l'autopsie.

Ces calculs, formés de phosphate calcaire, suivant Wollaston, se font remarquer en général par une couleur foncée, verdâtre, ordinairement avec une sorte de transparence. Ils varient beaucoup pour le volume, la forme et la consistance; il y en a d'assez friables pour s'écraser entre les doigts. Leur nombre varie depuis un jusqu'à l'infini, puisque M. Cruveilhier l'a trouvé si considérable qu'il était impossible de les compter; expression un peu exagérée, car on ne saurait dire rigoureusement des calculs de la prostate qu'ils sont innombrables comme les sables de la mer. Il faut seulement entendre par là deux choses, que les concrétions étaient nombreuses et fort petites, et n'étaient pour la plupart que des graviers. On comprend alors cette prodigieuse quantité, et à plus forte raison voit-on sans étonnement que M. Ségalas en ait trouvé soixante chez un vieillard, et Marcet plus de cent. Les uns sont libres sur les côtés de la crête centrale, à laquelle ils s'acculent on ne sait pourquoi, plutôt que de s'en aller avec les urines. On les trouve encore dans les conduits prostatiques agrandis si le calcul est volumineux. Ces cellules, qui, dans d'autres cas, renferment un grand nombre de concrétions, ces sortes de nids de calculs ne sont sans doute encore que des conduits dilatés outre mesure, ou peut-être dont les parois ont été détruites. Voici un cas de ce genre, bien propre à donner une idée de cette disposition :

Obs. 1re. « Le malade adulte, bien constitué, était entré depuis quelques jours à l'hôpital Necker, se croyant atteint de la pierre, dont on n'avait cependant pas pu vérifier la présence, à cause d'un rétrécissement urétral, qui rendait le cathétérisme impraticable. Les signes rationnels étaient d'ailleurs vagues et peu prononcés, ce qu'il fallait peut-être attribuer aux difficultés que la vessie éprouvait à se vider. Une première exploration me fit connaître qu'auprès de la fosse naviculaire se trouvait une valvule, qui mettait souvent obstacle au passage de la sonde et de la bougie. Un rétrécissement assez considérable fut reconnu aussi au-dessous de la symphyse pubienne; une bougie de cire en rapporta l'empreinte; une autre de gomme élastique y éprouvait une constriction qui la retenait avec force. Il ne fut fait que deux introductions de ces bougies, qui donnèrent lieu à un mouvement fébrile, et par suite à une plus grande difficulté d'uriner. Le repos, les bains, les lavements, les applications émollientes eurent peu d'effet; la vessie, habituellement distendue et formant tumeur à l'hypogastre, semblait augmenter de volume, et s'élevait déjà jusqu'à l'ombilic. Il devenait donc urgent de tenter quelque chose qui fût plus efficace. J'introduisis une petite sonde, qui franchit le rétrécissement de la courbure sous-pubienne sans obliger de recourir à la force. Il devint évident qu'une pierre existait dans la partie membraneuse de l'urètre; le doigt introduit par l'anus sentait une petite tumeur sous laquelle il ne pouvait appuyer sans déterminer une sorte de crépitation. Ce cas me parut rentrer dans la catégorie de ceux où la boutonnière est rigoureusement indiquée. Mon confrère, M. Bérard, se rangea à cette opinion, et une incision fut faite de suite au périnée; la petite sonde, placée dans l'urètre, servit de guide pour parvenir dans le canal, et l'opération fut moins longue, moins difficile, qu'elle ne l'est quand on manque de tout conducteur. Une sonde de femme, introduite par la plaie, pénétra dans la vessie, après quelques tâtonnements, et le malade put uriner. Pendant cette manœuvre, on reconnut de nouveau l'existence des calculs urétraux, mais on découvrit aussi une grosse pierre vésicale. Il nous parut opportun d'ajourner l'extraction de ces calculs; ayant fait cesser la rétention d'urine, qui avait déterminé des accidents généraux fort graves, on pouvait espérer de placer le malade dans des conditions plus favorables. Il ne survint aucun accident immédiat; le sur-

lendemain, se déclara un érysipèle à la face, d'abord peu étendu, et qui parut même diminuer le second jour, mais qui s'accrut d'une manière subite, et se termina par la mort deux jours après. La sonde métallique avait été changée le second jour, et remplacée par une autre en gomme élastique, qui, sans causer de fatigue, fournit un écoulement facile à l'urine. Le malade n'avait point succombé à la lésion vésicale; cependant on procéda avec beaucoup de soin à l'examen des organes primitivement atteints. L'urètre droit était fortement dilaté; mais le rein correspondant ne présentait aucune trace de lésion. Il n'en était pas de même de celui du côté opposé, dont l'uretère ne s'écartait presque point des conditions normales; un travail inflammatoire l'avait rendu plus volumineux et plus rouge; les calices et le bassinet offraient quelques fausses membranes, et une sanie rougeâtre s'échappait des incisions qu'on y pratiquait. La vessie formait, dans l'excavation pelvienne, une saillie de la grosseur du poing; ses parois étaient fortement hypertrophiées, et sa capacité entièrement remplie par une pierre pyriforme, aplatie, du volume d'un gros œuf, ayant 28 lignes de long sur 26 de large et 22 d'épaisseur et pesant 5 onces. L'urètre, incisé par sa partie supérieure, laissait voir un calcul sphéroïdal, légèrement aplati et de couleur brune, mais tellement friable, qu'il s'écrasa entre les doigts d'un élève. La couleur extérieure ne pénétrait pas à plus d'un quart de ligne dans la substance de la pierre, qui, au-dessous de cette espèce d'écorce, était d'un gris blanc. Le calcul occupait une excavation oblongue sur le côté gauche de la partie membraneuse de l'urètre; immédiatement derrière le rétrécissement de la courbure urétrale se trouvait un autre calcul d'un brun tirant sur le noir, qui était interrompu par des plaques grises. Celui-ci, de forme ovoïde, et aplati, ressemblait à un noyau de cerise, par son volume. Dans la partie prostatique de l'urètre, au côté droit, faisait saillie un troisième petit calcul, de teinte grise, aplati, mais adhérent, tandis que les deux autres étaient libres. Ce n'était que le prolongement d'une pierre plus volumineuse, de forme très-irrégulière et rameuse, développée dans l'intérieur de la prostate, où il y avait une cavité beaucoup plus grande qu'on aurait pu le présumer. On retira de cette cavité vingt-deux calculs, dont trois avaient le volume d'une grosse noisette, mais tous de forme irrégulière, la plupart à facettes et quelques-uns rameux. Les points par lesquels ces calculs touchaient aux parois de la poche, étaient d'un gris jaune. La couleur des facettes était plus foncée et brune en plusieurs points. L'intérieur avait une teinte cendré tirant sur le blanc. La consistance était assez grande, et la texture très-serrée. L'écorce, ou la partie colorée en jaune, avait une épaisseur inégale, qui s'élevait à une ligne au moins en quelques points. Tous ces calculs étaient logés dans le lobe droit de la prostate, sans empiéter sur celui du côté opposé. La tumeur qu'ils produisaient faisait saillie dans le rectum. Il y avait, à l'urètre, deux rétrécissements séparés par un intervalle de quelques lignes, où le canal était élargi et la membrane muqueuse détruite. Les points rétrécis étaient plus consistants et d'une texture plus serrée, mais il n'y avait point de changement appréciable dans la coloration des tissus. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, IIe partie, p. 450.)

On a trouvé une loge aussi considérable occupée par un calcul unique.

Une circonstance importante à noter, c'est la situation du calcul enfermé dans l'épaisseur de la glande; tantôt il se prononce vers l'urètre, dans lequel il est rare qu'il n'envoie pas un petit prolongement; tantôt il est plus rapproché du rectum; enfin l'on conçoit qu'également éloignés de la surface de tous côtés, ils se cachent entièrement au sein du parenchyme.

En résumé « on voit qu'il en est qui sont : 1° complétement libres, ce sont ceux d'un petit volume, et qui sont dans l'urètre; 2° d'autres sont, au contraire, enveloppés de toutes parts par la glande ou par les tissus qui l'environnent; ainsi, les calculs qui naissent dans les lobes latéraux de la glande, ceux qui se développent entre la glande et le rectum. »

— Car on en a trouvé aussi dans ce point : « 3° il est des calculs qui sont à moitié libres, à moitié adhérents ; ce sont ceux qui naissent ou qui sont portés dans un des méats des conduits qui se rendent à la prostate, ou qui se forment au milieu des végétations dont cette glande est quelquefois hérissée. » (Vidal de Cassis, *ouvr. cité*, t. v, p. 394.)

Ce chirurgien expose très-bien la double manière dont les calculs urinaires s'engagent de la vessie dans la portion prostatique de l'urètre ; les uns, ce sont les petits, franchissent d'emblée le col de la vessie avec le courant de l'urine ; les autres, plus volumineux, dilatent d'abord lentement le col en s'y enfonçant progressivement comme un coin ; puis l'avance urétrale se développant davantage là où la pression est moindre, elle se renfle et la concrétion offre alors deux renflements, un plus gros dans la vessie, l'autre plus petit, dans l'urètre, et tous deux sont séparés par un étranglement qui correspond au col. D'après M. Vidal de Cassis, lorsque les autres calculs, ceux qui passent d'emblée de la vessie dans l'urètre, offrent le développement en forme de gourde, c'est en général la petite extrémité qui correspond à la vessie. M. Vidal appelle la première espèce vésico-prostatique, la seconde prostato-vésicale. La différence de ces deux dispositions est loin d'être sans importance sous le point de vue pratique, ainsi que le prouve le fait suivant.

Obs. 2. « Il y a à peu près douze ans je servais d'aide à M. Amussat, qui avait à tailler un enfant à Palaiseau. Ce chirurgien fit la taille sus-pubienne (c'était la méthode qu'il pratiquait de préférence) ; la vessie ouverte, l'opérateur constata la présence de la pierre ; mais, éprouvant de la difficulté pour l'extraire, et jugeant avec beaucoup de raison qu'elle était engagée dans le col de la vessie, il nous pria d'introduire une sonde dans l'urètre, pour pousser vers la vessie la pierre qui était en partie dans la prostate. C'est ce qui fut exécuté avec un plein succès. La pierre tomba dans la vessie, et l'opérateur put l'extraire facilement par la plaie qu'il avait faite au sommet de cet organe. Cette pierre n'était pas volumineuse ; elle avait la forme d'une petite bouteille dont le col était évidemment engagé dans la prostate, tandis que le corps était dans la vessie. C'était là une pierre *vésico-prostatique ;* elle était née dans la vessie ; elle y avait pris son premier développement, et elle s'était ensuite accrue principalement du côté du col, dans lequel elle s'était ensuite engagée. On voit ici une manœuvre surajoutée aux manœuvres ordinaires de la taille sus-pubienne, savoir : l'introduction d'une sonde dans l'urètre pour pousser la pierre dans la vessie, afin de la rendre tout à fait vésicale. » (Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, t. v, p. 396.)

Les *symptômes des calculs prostatiques* sont assez souvent nuls. Dans d'autres cas ces concrétions produisent de la douleur au périnée, des pesanteurs. Il n'est pas rare non plus de les voir réagir sur la vessie au point de simuler une pierre vésicale, et en avoir imposé à cet égard aux chirurgiens les plus habiles et les plus expérimentés. On a quelquefois noté le priapisme.

Du reste les calculs de la prostate n'étant pas une affection commune, les symptômes ont besoin d'être encore étudiés.

Diagnostic des calculs de la prostate. Ces calculs peuvent être accessibles à l'exploration physique par deux voies, par l'urètre et par le rectum. La disposition la plus favorable à ce double examen est celle où la concrétion est libre dans l'urètre, ou libre, si on peut le dire, entre la prostate et le rectum ; alors ils vont d'eux-mêmes au-devant de la sonde ou du doigt. Dans les cas encore où la pierre enkystée se montre à nu par une saillie dans l'urètre, ou quand elle se prononce par un relief vers l'intestin, le cathétérisme et le toucher sont aussi d'un grand secours.

La sonde ordinaire apporte alors à peu près la même sensation que pour les pierres vésicales, sauf cependant que dans les mouvements de va-et-vient imprimés à l'instrument, il se fait une sorte de grattement de la pierre sur le métal, qu'on ne rencontre point dans le cas de calcul vésical. M. Civiale, qui a

noté ce fait, a tiré un grand parti des grosses bougies molles qui prennent l'empreinte de la concrétion. Cette empreinte ne saurait être confondue avec celle que donnerait une hypertrophie de la prostate indurée, elle est à angles plus nets, plus à pic, et présente en un mot des arêtes, des inégalités qui n'appartiennent point à une substance organique.

Dans un cas très-difficile où le diagnostic fut posé à l'aide de ces deux renseignements, la bougie molle rapportait une empreinte qui se commençait par un arrêt brusque et qui se terminait vers la pointe de la bougie par une longue traînée très-nette ; plusieurs fois la même exploration donna le même résultat. Le frottement rude de la sonde en pénétrant dans la vessie s'obtenait aussi d'une manière bien distincte. Chacun de ces moyens offre cependant un écueil ; la bougie celui de se rayer sur le tissu inégal de la prostate hypertrophiée, si la glande est très-dure ou les bougies trop molles ; il nous paraît donc important de ne donner à cet instrument que juste assez de mollesse pour qu'il soit susceptible de prendre une empreinte. Quant au frottement qu'on perçoit avec la sonde, il faut bien se garder de le confondre avec celui que donnent les indurations de la prostate et les colonnes charnues de la vessie. Nous savons bien que le premier doit avoir quelque chose de plus accusé, de plus solide, si on peut le dire dans ce sens; mais il n'en est pas moins vrai que cette appréciation exige un tact très-délicat.

Il est inutile de faire remarquer que l'exploration par l'urètre peut être entravée ou empêchée par un rétrécissement ou par une agglomération de calculs dans l'urètre en avant de la prostate; nous avons déjà traité ce point à l'occasion des calculs vésicaux.

Quant au toucher, il révèle quelquefois la présence des calculs par un relief dur ou par la collision que font entre eux des calculs multiples et contigus. Le toucher et le cathétérisme sont à peu près inutiles quand la concrétion est centrale.

Nous avons déjà dit que les calculs de la prostate étaient souvent *compliqués* de calculs vésicaux ; voici un exemple où cette complication n'était pas la seule.

Obs. 5. « Un homme âgé de soixante-neuf ans fut admis dans le service des calculeux, en 1834. Deux ans et demi auparavant, il avait commencé à éprouver quelques difficultés pour uriner et des besoins fréquents de vider sa vessie. Il ne tarda pas à rendre des urines sanguinolentes, surtout quand il faisait une longue marche. Les envies d'uriner se rapprochèrent tellement qu'il était obligé de se lever une quinzaine de fois chaque nuit ; des douleurs vives, mais de courte durée, se faisaient sentir à l'extrémité du gland après l'émission de l'urine et aussi quand le malade se donnait du mouvement. Le lendemain de son entrée, je le sondai, et je rencontrai presque aussitôt un calcul ; l'urine était trouble, glaireuse, rare. Je le soumis à un traitement médical, puis, pour émousser la sensibilité de l'urètre, à l'usage des bougies molles, qui améliorèrent son état, diminuèrent la fréquence des besoins d'uriner et rendirent le liquide plus abondant, plus limpide. Avant de recourir à la lithotritie, il fallait être fixé sur le volume et la dureté du calcul, qui ne put être embrassé par la pince. Il survint des douleurs vives dans les testicules, qui ne tardèrent pas à se tuméfier beaucoup. On fut donc obligé d'ajourner toute opération. Mais des symptômes formidables éclatèrent du côté de la vessie ; l'émission de l'urine devint difficile et douloureuse ; le liquide était rare, trouble, bourbeux, fétide, comme au moment de l'entrée à l'hôpital ; le malade éprouvait à chaque instant le besoin d'en rendre ; il y avait de la fièvre. Les moyens mis en usage amenèrent un peu de mieux pendant quelques jours ; mais enfin la mort fut causée par une affection cérébrale. Les deux reins, très-volumineux et désorganisés, contenaient de vastes abcès. Les uretères étaient dilatés et épaissis, le gauche offrait une coarctation à trois pouces de sa sortie du rein. La vessie renfermait une pierre dure, ovale, longue de vingt-six lignes sur vingt de large et quinze d'épaisseur, pesant deux onces et trois gros. Les parois vésicales étaient hyper-

trophiées. Le col, très-dilaté, permettait au doigt de s'y introduire aisément. La prostate était volumineuse, dure, squirrheuse, remplie de petits calculs blancs, à facettes. Ses deux lobes latéraux étaient réunis par une saillie très-prononcée, qui se trouvait au niveau du col vésical, et qui aurait mis obstacle au cathétérisme, surtout avec l'instrument droit, si je n'avais pas eu recours au procédé que j'ai indiqué dans un chapitre précédent. » (Civiale, *l. c.*, p. 456.)

Le *pronostic des calculs prostatiques* n'est pas en général et directement très-grave; il peut le devenir en certains cas par les abcès dont il détermine la formation, et par la réaction qui peut se porter sur la vessie.

Traitement des calculs prostatiques. Quand la concrétion est libre on peut en faire l'extraction avec la pince de Hunter, ou avec la pince à trois branches, ou mieux avec un bilabe à bec très-court; on comprend la raison de sa supériorité. Il peut arriver que cette opération soit entravée par la grande irritabilité de l'urètre, qui se prête peu à l'introduction de l'instrument. Alors on émousse la sensibilité du canal par l'introduction répétée de bougies molles comme cela se pratique pour la lithotritie. On a presque toujours le temps de prendre cette précaution préliminaire, car il est rare que la rétention d'urine ou les douleurs s'élèvent au degré d'accidents pressants.

Lorsque, ce qui arrive fréquemment, il y a en même temps un calcul vésical, il est rationnel et il peut être nécessaire de commencer par la destruction du calcul prostatique; en débarrassant ainsi l'urètre on facilitera la manœuvre de la lithotritie. Mais le diagnostic est embarrassant dans ce cas, il peut bien se faire que l'un des calculs échappe, et alors on ne tient pas compte de l'existence de l'autre.

S'il y a complication de fongosités autour du calcul, on doit, surtout si elles sont petites et pédiculées, les attaquer avec le même instrument.

On a quelquefois fait des extractions de calculs prostatiques avec un succès et une facilité remarquables. Mais il ne faut pas oublier, ainsi que le dit très-bien M. Ségalas, que souvent les calculs seront hors de la portée des instruments destinés à en faire l'extraction, et que le chirurgien se trouvera condamné à faire la médecine des symptômes.

Pour un calcul prostatique déterminant des accidents sérieux et se prononçant du côté du rectum, s'il y avait urgence, et un diagnostic précis, il ne faudrait pas hésiter à attaquer les concrétions par cette voie; à plus forte raison, dans les cas où les calculs se trouveraient tout à fait entre le rectum et la prostate, devrait-on se comporter de même lorsque des accidents feraient craindre pour la vie du sujet ou la rendraient insupportable.

ARTICLE IV.

Inflammation de la prostate.

On l'a dit avec raison, une bonne histoire des inflammations de la prostate est encore à faire. Les uns avec Everard Home et M. Civiale scindent cette partie en ne décrivant qu'une des conséquences de la phlegmasie de la glande, c'est-à-dire sa *suppuration*, ses abcès; d'autres croient avoir décrit une des formes de l'inflammation de la prostate, en donnant à son hypertrophie le titre d'engorgement. En un mot, on ne trouve nulle part un cadre complet des maladies de la prostate, ni surtout une description méthodique de ses inflammations; nous tâcherons autant que possible de combler cette lacune en faisant plier le sujet à notre marche ordinaire, et en mettant a contribution un article que M. Vidal de Cassis vient de publier qui est le plus net sinon le plus étendu qu'on possède sur la matière. (*Ann. de la chirurg.*, 1845). Toutefois le manque de faits assez nombreux et assez détaillés ne permet pas aujourd'hui une description complète de la prostatite.

La prostatite est *folliculeuse* ou *celluleuse*, c'est la division établie par M. Lallemand. La première espèce consiste dans l'inflammation des follicules de la prostate, la seconde dans la phlegmasie du tissu cellulaire qui les réunit. Bien entendu que dans ces deux formes la prostatite est aiguë ou chronique; c'est donc dans

l'une et dans l'autre le mode aigu que nous prendrons pour type, le mode chronique n'ayant pas été suffisamment étudié.

§ 1. Prostatite folliculeuse.

Suivant M. Lallemand, tous les écoulements urétraux ont leur siége principal dans les follicules de la prostate, le parenchyme de cette glande n'étant qu'une réunion de follicules plus nombreux, plus rapprochés et plus développés que dans tout le reste du canal.

L'inflammation portant exclusivement sur l'élément muqueux, elle se caractérise surtout par l'abondance de l'excrétion du fluide prostatique et par son altération. Dans l'état normal ce fluide est transparent, filant; il devient d'abord trouble, grisâtre, opaque ; puis jaunâtre et même verdâtre, puriforme. De plus, il est excrété dans des moments où il n'avait point coutume de l'être, à la fin et au commencement des excrétions urinaires et fécales.

Le tissu cellulaire ne participant pas à l'inflammation, tout se borne presque aux troubles de la sécrétion prostatique. Il n'y a point de gonflement sensible de la glande et point de rétention mécanique de l'urine. Dans sa plus grande simplicité, cette maladie n'est donc en réalité qu'un catarrhe de la prostate. Mais il est rare que la phlegmasie des follicules ne s'étende pas au tissu cellulaire qui les entoure, de là la rupture de leurs parois et des excavations de grandeur variable remplies de liquide. D'autres fois, dit M. Lallemand, les follicules, au lieu de se rompre dans leur longueur, s'ouvrent au fond d'une ulcération produite par la destruction de la muqueuse qui les entoure. Si l'on introduit un stylet dans ces orifices ont voit aux différentes directions qu'il prend celle des follicules ouverts dans la même excavation. « Enfin plusieurs follicules peuvent se réunir dans toute leur longueur par la destruction du tissu cellulaire qui les séparait, de manière à ne plus former qu'une seule cavité qu'il est difficile, par la suite, de distinguer de celle d'un seul follicule très-dilaté. » (Lallemand, *Clinique*, par Kaula, t. I, p. 302.)

Quelquefois on trouve le mucus comme solidifié dans ses conduits, d'où on le fait sortir sous forme de vers ou de grains par la compression de la glande.

Cette inflammation peut se propager au tissu cellulaire et produire la forme qui nous reste à étudier.

§ 2. Prostatite celluleuse aiguë.

Causes. « En considérant ces causes d'une manière générale on voit qu'elles viennent 1° des phlegmasies des canaux qui traversent la prostate (urètre, conduits prostatiques et éjaculateurs); 2° de la vessie (irritation du corps et du col); 3° des corps étrangers (calculs, sondes); 4° des manœuvres mal faites (sondes, instruments lithotriteurs, caustiques), etc.; 5° enfin des causes qui agissent sur les parties contiguës (hémorrhoïdes et les autres parties du rectum). » (Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, t. V, p. 410.)

J.-L. Petit a surtout observé la prostatite aiguë après des blennorrhagies répétées. Les instruments qu'on introduit dans l'urètre pour un cathétérisme difficile ou pour la lithotritie sont peut-être une des causes les plus communes; l'abus des fonctions génitales, soit en fréquence, soit en durée, amène aussi quelquefois ce résultat. Les fausses routes sont bien loin d'être exemptes de ce danger.

OBS. 1re. « *Apoplexie ; distension de la vessie; tentatives infructueuses de cathétérisme avec une sonde de petit calibre; rétablissement des facultés cérébrales; impossibilité d'uriner; abcès de la prostate ouvert dans l'urètre et dans le rectum. — Guérison.*

» N***, cultivateur des Cévennes, fut frappé, en 1828, d'une attaque d'apoplexie avec hémiplégie du côté gauche, coma, perte de connaissance, etc. Dès ce moment l'émission des urines n'eut plus lieu que par regorgement, le ventre se tuméfia, une tumeur circonscrite, volumineuse et rénitente se développa au-dessus des pubis.

» Le troisième jour on crut avec raison qu'il était urgent de vider la vessie ; mais le médecin, dans l'espoir de franchir plus facilement l'obstacle auquel il attribuait la rétention, se servit d'une sonde en argent de petit calibre. Il ne put pénétrer dans la vessie, et l'expulsion des urines devint encore plus difficile.

» Des émissions sanguines répétées, des vésicatoires, des purgatifs, produisirent une amélioration notable dans les symptômes cérébraux. Le malade reprit connaissance, éprouva le besoin d'uriner; mais, malgré ses efforts, il ne put vider complétement sa vessie. Il se plaignait de pesanteurs très-incommodes dans le rectum et au périnée. De nouvelles tentatives de cathétérisme, faites huit jours après les premières, furent aussi infructueuses; mais la dernière procura l'évacuation par le canal d'une énorme quantité de pus.

» A dater de ce moment, l'émission des urines reprit son cours ordinaire; seulement elle était accompagnée d'une douleur cuisante au col de la vessie. Six jours après, le malade allant à la selle rendit une grande quantité de matières purulentes, et l'écoulement de pus qui avait lieu par le canal se supprima pour reparaître un peu plus tard.

» Au bout de cinq jours, nouvelle évacuation de pus par le rectum, nouvelle suppression de l'écoulement urétral. Les mêmes phénomènes se reproduisirent encore la semaine suivante, puis chaque douze ou quinze jours, enfin après un mois d'intervalle; chaque fois l'évacuation purulente du rectum et du canal diminua notablement de quantité et de durée; au bout de six mois elle cessa complétement. (Verdier).

« Voici un autre fait de même nature que nous nous contenterons d'indiquer en quelques mots à cause de sa ressemblance avec le précédent.

Obs. 2. « Un apoplectique est pris de rétention d'urine, un médecin essaie de pénétrer dans la vessie avec une petite sonde et ne peut y parvenir; un autre praticien y arrive avec une sonde plus grosse; mais une fausse route avait été pratiquée par le premier dans l'épaisseur de la prostate, et une nouvelle rétention d'urine ne tarde pas à se manifester. Au bout de huit jours le foyer s'ouvre dans le rectum, et bientôt après dans l'urètre; la guérison a lieu spontanément dans l'espace de quelques semaines.

» Tous ces exemples de prostatite phlegmoneuse provoquée par des fausses routes confirment parfaitement ce que nous avons dit de l'importance de n'employer que de grosses sondes toutes les fois qu'on n'a pas d'obstacle à franchir; en effet, dans tous ces cas, la distension de la vessie n'est due qu'à l'affection cérébrale, qui a diminué la sensibilité et la contractilité de cet organe. » (Verdier, *loco. cit.*, obs. 2.)

Caractères anatomiques de la prostatite celluleuse aiguë. On n'a guère constaté à l'autopsie les caractères anatomiques de l'inflammation aiguë de la prostate que dans les cas où la suppuration s'en était déjà emparée, par la raison sans doute qu'en général ce n'est qu'alors seulement que l'affection devient mortelle.

Les auteurs sont loin d'être d'accord sur le siége occupé par le pus : M. Civiale dit que le parenchyme est souvent attaqué puisqu'on trouve la glande réduite à une véritable coque; Sœmmering pense que le tissu glandulaire est ordinairement respecté, et que l'enveloppe celluleuse et ses prolongements sont seuls frappés d'inflammation; enfin, d'après M. Vidal de Cassis, c'est l'atmosphère celluleuse de la glande qui s'enflamme ordinairement. Le chirurgien de l'hôpital du Midi ne nie pas la possibilité de l'établissement de la suppuration dans le parenchyme glandulaire, il admet, au contraire, avec M. le professeur Velpeau, que ce tissu peut en être le siége aussi bien que celui de la matrice, mais M. Vidal soutient que ce cas est rare et nous nous rangeons à son avis.

Quant à leur siége, non plus suivant l'élément anatomique, mais suivant la région en quelque sorte topographique de la glande : les abcès peuvent occuper séparément un de ses lobes. Quelquefois ces collections sont multiples, M. Lallemand en a trouvé trente chez un homme où aucun symptôme ne les avait fait soupçonner et qui avait succombé à une autre maladie. Ces abcès nombreux peuvent être isolés, ou communiquer entre eux ou avec l'urètre. M. Civiale rapporte une observation où cette double communication existait.

Obs. 3. « Carré, âgé de vingt-neuf ans, coiffeur, d'une assez mauvaise constitution, était sujet à l'hémoptysie. Il avait eu plusieurs gonorrhées depuis l'âge de

vingt-un ans, ou plutôt la première, qui avait été très-violente, ayant résisté pendant assez long-temps aux moyens mis en usage pour la combattre, était passée à l'état chronique. De cette prédisposition il résultait que les excès en tout genre commis par le malade déterminaient à chaque instant une nouvelle phlogose aiguë dans le point de l'urètre où la première inflammation s'était localisée. Quoi qu'il en soit, Carré prétendait avoir eu successivement trois ou quatre gonorrhées. La dernière remontait à quatre années. C'était aussi à partir de cette époque qu'il avait ressenti les premières atteintes des souffrances qui le tourmentaient actuellement. Il commença alors à éprouver des difficultés pour uriner. Le jet du liquide était moins gros et moins fort, l'émission parfois douloureuse, le besoin de rendre l'urine plus fréquent. Sur ces entrefaites, le testicule gauche s'engorgea, et devint le siége d'une inflammation, qui se termina par résolution ; mais l'organe, qui conserva plus de volume et de dureté qu'auparavant, ne tarda pas à se phlogoser de nouveau, par suite d'un froissement auquel il fut exposé. Cette fois la terminaison eut lieu par un abcès que l'on ouvrit et qui rendit une assez grande quantité de pus. Le malade se rétablit promptement, et, quoiqu'il continuât d'uriner avec difficulté, il négligea de se soumettre à un traitement convenable. Enfin M. Pasquier lui fit faire usage de bougies en gomme élastique, graduellement augmentées de volume, et qui restaient en place pendant une heure. Ces moyens n'ayant produit aucun effet, on eut recours à la cautérisation, qui fut deux fois pratiquée au col de la vessie, mais sans plus de résultat. Peu de temps après, le malade entra à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Blandin, qui s'assura, par le cathétérisme, de la liberté de l'urètre, prescrivit plusieurs applications de sangsues au périnée et détermina une éruption à l'hypogastre par l'apposition d'un emplâtre stibié. Le malade quitta l'hôpital au bout de deux mois dans le même état qu'il y était entré. L'excrétion de l'urine devenant plus douloureuse et plus fréquente, et sa santé s'altérant de plus en plus, il prit le parti de se faire admettre dans le service des calculeux, en 1834. A cette époque, il était obligé, tous les quarts d'heure, de faire des efforts douloureux pour ne rendre chaque fois qu'une très-petite quantité d'urine, tantôt purulente ou muqueuse, tantôt trouble, rarement claire. Le jet était gros comme une plume de corbeau, précédé, accompagné et suivi de douleurs incisives dans la région périnéale de l'anus. Après l'expulsion des dernières gouttes, cette douleur se dissipait peu à peu et faisait place à un sentiment de pulsation incommode. Quand le malade éprouvait le besoin d'aller à la garde-robe, les mêmes souffrances se reproduisaient, mais plus cruelles : il était alors obligé de marcher en se courbant ; après la défécation, les douleurs persistaient encore ; le malade ne pouvait pas s'asseoir ; son sommeil était à chaque instant interrompu par la nécessité de satisfaire à des besoins pressants d'uriner. Du reste, l'appétit était bon, et il n'y avait pas de fièvre. J'essayai de combattre cet état par le traitement ordinaire des névralgies, et spécialement par l'emploi des bougies molles. J'introduisis donc une de ces bougies, qui parvint sans obstacle jusque dans la vessie ; mais son passage à la courbure de l'urètre occasionna de vives souffrances. Au bout de cinq minutes, je la retirai ; elle rapporta, à son extrémité, une empreinte rugueuse et sillonnée. Le même phénomène eut lieu le lendemain, et me fit penser que le col de la vessie offrait une saillie anfractueuse par une lésion de la prostate. Le malade prit des bains ; je lui prescrivis un régime adoucissant, des lavements et des boissons délayantes, mais je ne dissimulai pas la gravité de l'affection, sur la nature de laquelle l'ensemble des symptômes, l'inutilité des moyens déjà employés et l'ancienneté des premiers symptômes ne permettaient de porter qu'un pronostic peu favorable. Cet état se compliqua d'une série d'accidents formidables, qui se déclarèrent peu de jours après l'entrée du malade, et qui paraissaient se rattacher à une lésion chronique du poumon droit. Le calme se rétablit néanmoins du côté de

la poitrine, et je pus reprendre le traitement de la maladie urétrale. Je passai une bougie, qui pénétra dans la vessie, sans que rien l'arrêtât, mais qui détermina de vives douleurs en traversant la partie prostatique de l'urètre. Le même moyen fut continué les jours suivants, secondé par des bains, des lavements et de légers minoratifs, que commandait une opiniâtre constipation. Le malade ne pouvait supporter la présence des bougies au delà de six à sept minutes. Toutefois il n'éprouva aucun accident, et, pendant un mois, un peu d'amélioration se fit même remarquer dans son état. On était graduellement parvenu à introduire une bougie molle n° 9. Les urines présentaient alors un aspect particulier; elles ressemblaient à de l'amidon délayé dans de l'eau, ou à du lait caillé; elles déposaient abondamment une substance qui, séparée par la décantation, était blanche et analogue à de la craie; les gouttes qui tombaient sur le carreau y laissaient une tache comme plâtreuse en se séchant. Cette substance était composée de phosphate de chaux et de phosphate de magnésie unis à beaucoup de matière muqueuse et une petite quantité de matière grasse. L'état des urines resta le même pendant une quinzaine de jours. Le testicule droit devint la proie d'une inflammation que les antiphlogistiques atténuèrent fort peu, et depuis l'apparition de laquelle l'émission des urines, déjà si difficile, éprouva de nouvelles entraves, qui forcèrent de suspendre l'introduction des bougies. La vessie fortement repliée sur elle-même, pouvait à peine contenir une demi-once de liquide; en sorte que d'impérieux besoins d'expulser ce dernier reparaissaient de quart d'heure en quart d'heure; l'émission elle-même entraînait des douleurs inouïes, et elle n'avait lieu que goutte à goutte, avec des efforts considérables. Le liquide prit un aspect bourbeux; il déposait d'abondantes mucosités. L'anus et le périnée étaient en outre le siége de douleurs lancinantes presque continuelles. Une insomnie accablante épuisait le peu de forces qui restaient encore au malade pour lutter contre tant de désordres, dont la cause apparente était un engorgement considérable de la prostate, que j'avais reconnu par la sonde et par l'introduction du doigt dans l'anus. Pour abréger cette relation, déjà longue, je passe sous silence une foule de détails relatifs à un abcès qui survint aux testicules, et aux accidents qui résultèrent d'une tentative de laisser des sondes à demeure dans la vessie. La mort, depuis long-temps menaçante, eut lieu enfin. Le rein gauche était d'un tiers plus volumineux qu'à l'état normal, mollasse, ardoisé et garni de plusieurs petits abcès. L'autre, très-mou et comme atrophié, contenait deux kystes pleins d'une matière blanche, d'apparence cérébriforme. Les parois de la vessie avaient trois lignes d'épaisseur. Cet organe contenait deux onces d'urine purulente. La membrane muqueuse offrait de nombreux replis et une teinte livide. Les lobes latéraux de la prostate étaient squirrheux, désorganisés et creusés de plusieurs cellules communiquant entre elles et avec l'urètre. Ces lagunes, entrecoupées en divers sens par des brides, indiquaient la trace de plusieurs petits abcès qui, organisés comme des kystes, s'étaient ouverts et successivements vidés en laissant échapper par l'urètre pendant l'émission de l'urine, la matière blanche dont j'ai indiqué la composition. Les points de la glande qui n'avaient pas été le siége d'abcès étaient durs, homogènes, lardacés. Le moyen lobe n'avait point acquis de développement extraordinaire. Le diamètre de l'urètre n'offrait rien d'anormal dans la région prostatique, dont l'organisation ne différait point non plus de ce qu'elle a coutume d'être; mais la partie membraneuse était entourée d'abcès développés dans le tissu musculaire et vasculeux, sans communication avec l'intérieur du canal. Les conduits éjaculateurs étaient très-dilatés, surtout à leurs orifices. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, IIe part., pag. 430.)

Il est à regretter que M. Civiale se soit servi, dans l'exposé de ce fait intéressant, de l'expression vague de *squirrheux*, qu'il avait blâmée avec raison chez les anciens auteurs. On ne saurait dire ici si le chirurgien veut seulement désigner par ce

mot la dureté du tissu ou sa véritable dégénérescence. Nous penchons cependant vers la première hypothèse; mais c'est une hypothèse.

Dans d'autres cas, la collection purulente semble participer des conditions des deux précédentes espèces : d'un abcès unique et partiel, et d'un abcès multiple, c'est-à-dire qu'elle occupe en même temps un grand nombre de points de la glande, sinon tous, bien qu'il n'y ait qu'un seul foyer. Nous en avons cité des exemples observés par M. Cruveilhier; MM. Lallemand et Velpeau en ont également rencontré. Nous avons vu qu'alors la glande peut ne plus former qu'une sorte de poche purulente, où le pus remplace le parenchyme; c'est ce que M. Velpeau appelle caverne de la prostate.

« Une lésion qui résulte parfois de la suppuration de la prostate, surtout lorsque la totalité du parenchyme de cette glande a été prise, est une poche qui s'établit entre le rectum et l'urètre, avec lequel elle communique par une ouverture plus ou moins large. Lorsque le tissu glanduleux a été dénaturé, ramolli par la suppuration, il peut, en effet, disparaître et s'échapper avec le pus, soit par l'urètre, soit directement, ou après s'être épanché dans la vessie, soit par le rectum, soit même par le périnée. Il n'en reste pas moins alors une sorte de coque d'épaisseur variable, représentée par la capsule de la prostate. Cette capsule devient aussi un sac ouvert dans l'un des points que je viens d'indiquer, et dans lequel l'urine ou le pus stagne presque nécessairement. De là une véritable fistule borgne, vésicale, urétrale, intestinale, ou périnéale, selon que le foyer s'est ouvert dans tel ou tel point du voisinage. La caverne offre parfois les dimensions d'un œuf de dinde, tantôt unique, tantôt à plusieurs loges distinctes ou communiquant entre elles. Cette cavité, qui occupe parfois toute la place de la prostate, peut aussi s'établir entre le reste de cette glande et les couches fibreuses voisines. C'est une disposition qui a été généralement passée sous silence; je l'ai entrevue et décrite, mais d'une manière vague, en 1836 (*Archives générales de médecine*, t. XI, p. 550). Un homme, âgé de trente-trois ans, pris d'une gonorrhée et d'une rétention d'urine deux ans auparavant, vit, quelques jours après un cathétérisme difficile, un abcès s'ouvrir au fond de l'urètre; un peu plus tard, le même abcès se fit jour aussi dans le rectum. En essayant de se sonder lui-même le malade est toujours arrêté sous les pubis, dans une sorte de sac, d'où il sort un mélange de pus et d'urine. Ce jeune homme mourut à l'hôpital de la Faculté, par l'effet d'une inflammation gangréneuse des membres supérieurs. A l'ouverture, je trouvai des cavernes purulentes dans le périnée; la paroi inférieure du commencement de l'urètre était détruite depuis long-temps dans l'étendue de vingt et quelques millimètres, d'avant en arrière, et de huit à douze millimètres transversalement. Par cette ouverture on pénétrait dans une cavité propre à contenir un œuf de poule, cavité qui communiquait avec le rectum par un orifice un peu moins étendu que celui de l'urètre; de l'urine mêlée à du pus remplissait cette espèce de sac, qui était tapissé par une couche organisée, par une fausse membrane muqueuse.

» A cette époque, je n'avais point encore saisi d'une manière précise le mécanisme d'une pareille maladie; je n'avais point encore constaté que la prostate était détruite, que la caverne était précisément représentée par la capsule prostatique distendue; mais depuis j'ai rencontré un certain nombre de faits analogues qui m'ont mis en mesure d'étudier avec détail, et de bien suivre le développement de cette sorte de vessie surnuméraire, de poche accidentelle; il s'en est offert trois cas à l'hôpital de la Charité dans le courant de la même année. Chez l'un des malades, la caverne prostatique s'ouvrait dans l'urètre et au périnée tout à la fois; chez les deux autres, l'ouverture de communication permettait tout au plus l'introduction du doigt, et le kyste pouvait contenir un demi-verre de liquide; dans un autre, l'urètre était comme criblé d'ouvertures au lieu d'en présenter une seule, et il existait dans la cavité plusieurs crêtes, plusieurs demi-cloisons, qui en formaient une caverne

a fractueuse; dans le troisième, enfin, ⁻⁻verne, ouverte dans l'urètre et au périnée, offrait, jusqu'à un certain point, la forme d'un sac anévrismal dont les parois se seraient ulcérées. Dans quelques autres exemples qui ont passé sous mes yeux, j'ai retrouvé les mêmes dispositions, et il est aisé de comprendre que les abcès de la prostate doivent assez facilement faire naître ce genre de désorganisation. En effet, complétement entouré de lames fibreuses, le pus, en réagissant par pression, doit éteindre fréquemment la circulation de la trame celluleuse et les granulations de la glande; de telle sorte qu'en se faisant jour, soit dans l'urètre, soit dans la vessie, soit dans le rectum, soit du côté du périnée, le dépôt doit laisser un sac à parois coriaces plus ou moins épaisses, peu disposées à revenir sur elles-mêmes. Comme il ne tarde pas à s'établir, dans un pareil sac, une sorte de membrane muqueuse, et qu'il est difficile d'empêcher absolument les fluides anormaux d'y stagner, on comprend que la mondification, la détersion, la cicatrisation, tarderont beaucoup à s'en faire, et que même elles peuvent ne point s'y établir du tout.

» Si la caverne communique avec le rectum, sans communiquer avec l'urètre, l'entrée d'une certaine portion d'humidité, de matières stercorales dans son intérieur suffirait déjà pour empêcher le retrait, pour en éloigner la cicatrisation. Du reste, ces matières stercorales ne raniment pas, comme on serait tenté de le croire d'abord, l'inflammation dans la caverne, par la raison qu'elles y sont toujours précédées de matières purulentes qui les délaient, et qu'elles entrent dans un sac dont les parois sont tapissées d'une membrane protectrice. Lorsque le cul-de-sac ne communique qu'avec la vessie, les urines s'y accumulent nécessairement et y restent en stagnation d'une manière à peu près permanente; si elles ne provoquent pas l'inflammation, puis l'ulcération de la poche, c'est aussi parce que la fausse membrane muqueuse en amortit l'âcreté et l'action irritante. Les mêmes remarques s'appliquent également aux exemples dans lesquels la poche accidentelle ne communique qu'avec l'urètre.

» On reconnaît une semblable maladie à l'aide de signes anamnestiques et de signes actuels. Ainsi les malades ont éprouvé tous les symptômes d'une inflammation, d'une suppuration, d'un abcès de la prostate; on comprend qu'à la suite de ces accidents il s'est fait une évacuation abondante de pus et d'urine par l'urètre ou par le rectum. Si l'abcès s'était fait jour au périnée, le diagnostic en serait trop simple pour que j'aie besoin de le spécifier. Après cette ouverture de l'abcès prostatique, le malade, d'abord grandement soulagé, a cependant continué de souffrir, de rendre par moments une quantité notable de matières purulentes, soit par l'urètre au moment de l'émission des urines, soit involontairement par le même canal ou par l'anus. Si, en pareille occurrence, on ne trouve point de maladie des reins ni des uretères, ni de la vessie proprement dite, il y a déjà lieu de soupçonner l'existence de la caverne prostatique. » (Velpeau, *Répertoire des sciences médicales*, t. XXVI, p. 155.)

Voici un cas de ce genre, et qui montre une collection purulente, ouverte d'un côté dans l'urètre et de l'autre dans la vessie.

Obs. 4. « *Incontinence; désorganisation de la prostate; inflammation et perforation de la vessie.* N. Marie, âgé de soixante et onze ans, entra le 20 novembre 1835 à l'infirmerie de Bicêtre. Depuis dix mois au moins, il était affecté d'une incontinence telle qu'il était obligé de porter constamment dans son pantalon une poche destinée à recevoir ses urines, qui étaient devenues troubles et purulentes. Cette infirmité persista à l'infirmerie, et la mort survint le 18 décembre.

» Avant d'ouvrir la vessie, nous vîmes, M. Florimond et moi, plusieurs poches saillantes à sa face postérieure; une surtout existait au bas de cette paroi, et une autre occupait la paroi latérale gauche. La première, qui aurait pu contenir une pomme de moyenne grosseur, et n'était formée que par le péritoine, était remplie de pus et communiquait avec la vessie par une ouverture très-étroite et pourvue d'une muqueuse. J'en dirai autant de la seconde. Plusieurs autres ouvertu-

res semblables conduisaient dans de petits foyers purulents, dont quelques-uns semblaient encore avoir le fond renforcé par une couche mince de tissu musculaire. D'autres étaient tapissés par la muqueuse, qui paraissait être le siége d'une sécrétion puriforme; ces lésions me portent à croire que cet homme avait éprouvé de la dysurie avant son incontinence.

» La portion prostatique de l'urètre était entièrement désorganisée et en suppuration. Un abcès avait disséqué en arrière la membrane propre de la prostate, s'ouvrait dans le canal et remontait jusques entre les tuniques de la vessie, mais il ne communiquait pas avec ceux de cet organe : la glande était évidemment son point d'origine. » (Mercier, *Recherches sur les maladies des organes urinaires et génitaux*, p. 287.)

Comment s'élimine le pus de la protate ? par absorption ; c'est un point bien exposé dans les quelques mots qui suivent :

« Il doit y en avoir dont la formation et la disparition sont également ignorées. Le pus est alors résorbé comme on l'observe pour des abcès plus superficiels qui avaient été accusés par une fluctuation manifeste, constatée par le toucher rectal. Quelquefois le pus est entouré d'un kyste ; l'inflammation qui le produit n'a pas été assez intense, ou n'a pas assez persisté pour lui ouvrir une voie d'élimination ; ce pus se concrète et on dirait de la matière tuberculeuse. L'erreur est d'autant plus facile, que ce sont ordinairement ces petits abcès multiples qui offrent cette particularité. Ainsi, on prend souvent pour une prostate tuberculeuse une prostate semée de petits foyers purulents : ce n'est pas d'ailleurs seulement ici que ces deux affections sont confondues.» (Vidal de Cassis, *lieu cité*, p. 406.)

Le plus souvent le pus se fait jour au-dehors par ulcération ; la voie qu'il prend le plus ordinairement alors c'est l'urètre, soit que l'abcès crève spontanément ou sous les efforts de la défécation, ou enfin parce qu'il est pressé par le bec de la sonde, ce qui est arrivé à J.-L. Petit, Home et Béclard.

Obs. 5. « A. B., âgé de cinquante-cinq ans ; en 1811, ayant senti une irritation dans la vessie, l'envie d'uriner devint fréquente, et le flux s'accompagnait d'une grande difficulté et d'efforts très-douloureux ; chaque fois il urinait peu, l'urine contenait toujours du mucus ; quelquefois ce mucus était teint de sang, et, d'autres fois, on aurait cru que le sang était pur. Dans cet état, il se confia à différents chirurgiens, qui firent usage des bougies ordinaires ; l'irritation semblait disparaître un peu chaque fois qu'on l'ôtait, mais les symptômes généraux augmentaient uniformément. On me fit connaître par écrit cette position du malade ; mais, dans la crainte de me tromper en donnant une opinion, je voulus le voir. J'introduisis dans la vessie une sonde de gomme élastique, et j'en fis couler quatre onces d'urine qu'elle n'avait pu expulser avec celle qui en était sortie naturellement avant l'intromission de l'instrument. J'expliquai au malade que c'était cette quantité d'urine restée au fond de la vessie qui, pesant sur le moyen lobe de la prostate, produisait et entretenait tous les symptômes de son mal. Je vidais la vessie deux fois par jour, mais la difficulté de sonder augmentait insensiblement. A force de supplications, je décidai le malade à laisser l'instrument dans la poche urinaire. Il y fut maintenu pendant quatre semaines ; on faisait couler l'urine en ôtant la cheville aussi souvent que le malade le demandait. Au bout de cette période, les symptômes d'irritation avaient tout à fait disparu ; la vessie pouvait garder huit à douze onces de liquide sans inconvénient ; mais, jusqu'à ce que l'urine pût passer naturellement, on se servit de la sonde. Lorsque la collection de liquide était considérable, alors il s'en écoulait involontairement un peu. Voyant que le malade ne recouvrait pas la faculté d'expulser ses urines, on lui enseigna à se passer lui-même un cathéter de gomme élastique, sans stylet, et comme on n'avait pas de cathéters dans l'état de flexion nécessaire pour cela, on en fit acheter un certain nombre de nouvellement faits ; on en prit un qu'on glissa sur un stylet, et qu'on mit dans l'eau salée, moyen plus convenable que tout autre pour leur donner une flexion plus

ferme. Le cathéter, démuni du stylet, fut introduit dans la vessie, qui fut vidée; il fut retiré et mis sur le stylet. On jugea nécessaire d'introduire l'instrument quatre fois dans vingt-quatre heures; de cette manière le moyen lobe de la prostate parut rester dans un état stationnaire; mais il n'en fallut pas moins l'usage du cathéter pour débarrasser la vessie. Il resta dans cet état jusqu'au printemps de 1816, se sondant quatre fois chaque vingt-quatre heures, sans qu'il en résultât ni aggravation ni amendement des symptômes.

» A cette époque, le cathéter pénétrait avec plus de difficulté; sans doute le malade avait pris trop d'exercice et trop des plaisirs de la table, l'un et l'autre si contraires à cette affection. La difficulté augmentait toujours; il fut obligé de se laisser sonder par un autre que par lui. Dans l'opération, la partie membraneuse de l'urètre présentait de l'épaisseur, et opposait à l'instrument une difficulté à vaincre pour franchir le col de la vessie, ou, en d'autres termes, pour passer sur les lobes latéraux de la glande, ce qui tenait à la tuméfaction des parties, et la difficulté était tellement grande que l'instrument fut étreint et fixé là par la portion membraneuse de l'urètre qui ne permettait plus la même facilité d'entrer dans la vessie.

» Dans le mois de novembre suivant, sa santé fut entièrement affaiblie, son sommeil troublé, ses facultés opprimées; il éprouva une sensation de pesanteur et de douleur vers les hanches; il tombait dans un état de langueur; il eut quelquefois des frissons.

» Ces symptômes, au lieu de diminuer, augmentaient graduellement, et vers la fin de janvier, au matin, en introduisant le cathéter, la pointe approchant de la portion membraneuse de l'urètre, le malade sentit un effet semblable à quelque chose qui crève, et aussitôt une évacuation purulente eut lieu dans l'orifice de l'urètre; le cathéter fut retiré immédiatement, le pus continua à couler. Alors on introduisit une sonde de gomme élastique sans stylet, elle fut maintenue dans la vessie. L'urine, ne passant que par la sonde, ne pouvait imprégner la partie ulcérée, le pus fluait entre elle et les parois du canal; et la constitution du malade ne parut point souffrir de ce qui venait d'avoir lieu. Au bout de quatre jours le cathéter fut retiré, et un autre fut introduit et maintenu dans la vessie. Ce procédé fut suivi pendant trois semaines, l'évacuation purulente diminua insensiblement; et, après dix jours, elle ne coula plus, ce qui donna l'idée que l'abcès était guéri.

» L'instrument alors fut retiré, comme précédemment, et on ne le passa que quatre fois en vingt-quatre heures; il pénétrait avec facilité; il n'y eut plus d'embarras dans l'urètre, plus de pesanteur vers les hanches, plus de perte d'appétit; au contraire, la santé revint aussi bonne qu'elle l'avait été avant la formation de l'abcès.

» La maladie ne s'aggrava point jusqu'au 17 mars 1817; mais, après avoir joui trop abondamment des plaisirs de la table, et avoir négligé de verser de l'eau en ayant le besoin, il s'aperçut, en introduisant le cathéter (pressé par ce besoin, il venait de monter précipitamment les escaliers pour se rendre dans une chambre qui se trouva froide), que son urine contenait des grumeaux de sang, et que l'urine elle-même était teinte d'un rouge foncé; ce symptôme l'alarma vivement, il envoya chercher du secours; il fut ventousé sur le sacrum, et l'on tira 12 onces de sang; il dut rester couché horizontalement, et être tenu à la diète végétale. Dans quatorze jours environ, les traces de sang disparurent. Depuis ce temps, il n'y a plus eu d'hémorrhagie, ou autres symptômes dépendant de la maladie, mais il est encore nécessaire de le sonder quatre fois en vingt-quatre heures. » (Everard Home, *Traité des maladies de la prostate*, traduction française de Léon Marchant, p. 245, Paris, 1820.)

Bien que Home présente ce cas comme un exemple d'abcès de la portion membraneuse ouvert dans l'urètre par la sonde, les auteurs qui l'ont cité en parlent comme d'un abcès prostatique. Ils ont peut-être raison; cependant nous avons contre leur opinion, celle de l'habile observateur qui a recueilli le fait, et la

fréquence assez grande des abcès aux environs de la portion membraneuse dans certain cas de rétention d'urine. L'auteur dit que le bec de la sonde qu'il *introduisait*, *approchait* de la portion membraneuse. C'était bien vraisemblablement un abcès de cette partie de l'urètre.

L'observation suivante est un exemple bien net de l'ouverture d'un foyer prostatique par la sonde.

Obs. 6. « *Blennorrhagie; excès; prostatite aiguë; rupture de l'abcès pendant le cathétérisme. Guérison.*

» C..., âgé de vingt-trois ans, forgeron, contracta une blennorrhagie, qui passa bientôt à l'état chronique sous l'influence de traitements incomplets, et s'exaspérait souvent pour la moindre cause.

» Peu à peu ce jeune homme devint faible, paresseux, triste et susceptible. Un an s'était écoulé dans cet état, lorsque, le 11 février 1832, après quelques excès de femmes et de boisson, la maladie prit une forme aiguë. Des pesanteurs plus incommodes, un embarras plus étendu se firent sentir à la région prostatique et au périnée; la station debout ne put plus être soutenue. Le malade passa la journée du 12 à boire et à jouer aux cartes. Le besoin d'uriner se fit sentir et ne put être satisfait; dans la nuit, les besoins devinrent impérieux, les douleurs intolérables, la vessie était fortement distendue. Cathétérisme avec une sonde de gomme élastique; pissement de sang, douleurs vives à la prostate pendant et après l'opération (sangsues au périnée, bain, boissons acidulées). Léger soulagement. Toutefois, pendant les huit jours suivants, l'émission des urines ne put avoir lieu qu'au moyen d'algalies.

» Le 21 février 1836, C... vint réclamer des soins à l'hôpital Saint-Éloi. Persistance de la rétention d'urine, fièvre, soif, agitation, insomnie, douleurs vives à la prostate, surtout pendant la défécation; selles excessivement dures. M. Lallemand pénétra dans la vessie avec une sonde de gros calibre, explora le rectum, et trouva la prostate du volume d'un œuf de poule (saignée, sangsues au périnée, bain, tisane d'orge, émulsion camphrée).

» A midi, l'élève de garde ayant voulu pratiquer le cathétérisme, il rencontra un obstacle au-devant du col de la vessie, et y pénétra. Malgré les ménagements qu'il mit dans ses manœuvres, une énorme quantité de pus sanguinolent s'écoula par le canal; la pesanteur du périnée se dissipa, les urines s'écoulèrent librement. Une heure après, le malade n'éprouva plus que de la cuisson et prit un bain. Au retour du bain, froid intense d'une heure de durée; ensuite cinq heures de chaleur forte, céphalalgie violente, soif ardente, grande agitation. Ces symptômes se calmèrent un peu dans la soirée, mais ils se prolongèrent dans la nuit; au jour naissant, le calme se rétablit.

» Le 22, pas de fièvre notable, du pus sanguinolent s'écoule en abondance par le canal; l'émission des urines a lieu avec facilité. Accès à la même heure qu'hier, mais plus court et moins fort.

» Le 23, mieux notable, pas d'accès dans la journée; nuit calme, sommeil bon, réparateur.

» Le 25, suppuration peu abondante; cuisson moins vive en urinant.

» Le 28, les selles sont redevenues faciles, les matières fécales de consistance naturelle, l'appétit se ranime.

» Le 1er mars, le malade est guéri et sort de l'hôpital.

» Ici encore l'inflammation phlegmoneuse de la prostate se rattache à celle des follicules muqueux, exaspérée par les imprudences du malade; seulement l'abcès ne s'est pas vidé dans le rectum, probablement parce qu'il était plus voisin de l'urètre, et peut-être aussi parce que le bec de la sonde a hâté sa rupture pendant une tentative de cathétérisme. Nous avons rapporté un semblable exemple, dans lequel l'ouverture de l'abcès, pendant le cathétérisme, fut également suivie d'un soulagement immédiat et d'une prompte guérison. Mais, dans tous ces cas, les malades étaient jeunes, robustes, et l'inflammation avait un caractère franchement aigu.

» Chez ce dernier il survint des phénomènes périodiques, qui ressemblaient d'une manière frappante à des accès de fièvre intermittente; mais on se garda bien de les combattre par le quinquina,

et, dès que le malade ne fut plus exposé à l'action de la cause qui les avait déterminés, ils se dissipèrent complétement. » (Verdier, *Observations et réflexions sur les phlegmasies de la prostate*, 1838.)

Voici comment J.-L. Petit raconte le cas qu'il a rencontré :

Obs. 7. « S. D. M., se traitant lui-même d'une rétention d'urine, s'était procuré la facilité d'uriner par l'usage de ses remèdes, auxquels il avait grande foi parce qu'ils avaient réussi à plus de trente attaques qu'il avait eues de ce mal pendant l'espace de trois années ; mais il éprouva que, malgré leur efficacité, ils n'étaient pas infaillibles. Il avait une si grande répugnance pour les opérations chirurgicales que non-seulement il ne s'était pas fait sonder, mais, ce que l'on aura peine à croire, c'est que, malgré la fâcheuse situation dans laquelle il s'était trouvé dans plusieurs de ses accès de rétention, il ne s'était jamais déterminé à se faire saigner. Cependant, comme il est des répugnances auxquelles on est forcé de céder, il m'envoya prier de passer chez lui. Je le trouvai mourant de douleur, le ventre tendu, avec une soif ardente et les yeux égarés ; à peine put-il me faire le récit, non pas de toute sa maladie, il eût été trop long, mais seulement de l'accès dans lequel il était. Ce qu'il me dit fut suffisant pour me faire juger que la prostate gonflée avait été la cause de tous ses accès ; que, jusqu'à celui-ci, par l'usage de ses remèdes, il avait obtenu une espèce de résolution, qui, ayant dégonflé la prostate, lui avait redonné chaque fois la facilité d'uriner ; que, cette fois-ci, la prostatite n'ayant pu se terminer par résolution, l'organe s'était enflammé et le mal s'était terminé par suppuration. Comme il ne paraissait rien au dehors, j'introduisis un doigt dans l'anus et je toucha la prostate, ou, pour mieux dire, une tumeur plus grosse que le poing, qui n'était pas dure, et dans laquelle je sentis une espèce de fluctuation que j'aurais pu croire être la fluctuation de l'urine si ce qui se trouvait entre le fluide et mon doigt eût été plus épais. Il y avait près de trois jours qu'il n'avait rendu d'urine : je le sondai sans lui causer de douleur ; je lui tirai beaucoup d'urine assez puante et boueuse, et, quand je crus avoir tout tiré, je tournai ma sonde à droite et à gauche, comme on fait lorsqu'on cherche une pierre. En faisant ces mouvements, je sentis quelque résistance que je crus être la tumeur que formait la prostatite : et, en effet, appuyant un peu, ce qui résistait obéit, et dans l'instant la vessie, qui était vide d'urine, me fournit, par la sonde, environ une chopine de pus très-fluide et extrêmement fétide : c'était l'abcès de la prostate qui s'était crevé. Je laissai la sonde malgré l'opposition du malade, et, l'ayant bien assujettie, je le quittai lui promettant de le revoir bientôt. Étant revenu, il se trouvait si bien qu'il m'appela son sauveur ; il me pria de lui ôter la sonde, et je lui dis que je venais exprès pour lui ôter celle qu'il avait et lui en remettre une autre : c'est ma sonde en S que je lui mis à la place de la première. On sait que cette sonde n'a pas besoin d'être assujettie par des liens, et même que le malade peut se lever et marcher dans sa chambre sans craindre qu'elle se dérange ; et que, au moyen d'une seringue dont le bout est courbe de bas en haut, on peut faire tout ce que l'on veut et, avec facilité, des injections dans la vessie. Ce furent ces injections, faites cinq ou six fois par jour, qui le guérirent complétement : il y contribua beaucoup en se prescrivant lui-même un régime qu'il observa exactement ; car, outre l'intérêt personnel, il était un des plus habiles que je connusse en son art. J'oubliais de dire que les injections furent variées selon les temps : on doit le présumer. » (J.-L. Petit, édit. de 1844, p. 760.)

M. Vidal de Cassis note avec raison que cette collection purulente devait faire saillie dans la vessie.

Cette ouverture par l'urètre expose l'orifice du foyer à être enfilé par le bec de la sonde, et à servir de cloaque à l'urine qui peut y stagner comme dans un diverticule.

« C'est ordinairement autour du verumontanum que les abcès s'ouvrent ; il faut une ou plusieurs ouvertures ; quand il n'y en a qu'une, elle est ordinairement plus grande et le cas est plus grave, car alors elle est plus accessible

aux urines et à la sonde. Les cas les plus favorables sont les cas d'ouvertures multiples. Quelquefois l'urètre en est pour ainsi dire criblé, et, quand les abcès ne s'ouvrent pas tous en même temps, il y a moins de chances pour une inflammation de mauvaise nature, causée par la pénétration de l'urine dans les foyers. C'est bien plus heureux quand le pus est versé dans l'urètre par les conduits prostatiques; alors il passe de ces conduits excréteurs dans ce canal et il arrive là ce qu'on observe quand, après certaines suppurations de la glande parotide, le pus passe des divisions du conduit de Sténon dans ce conduit lui-même pour tomber ensuite dans la bouche.

» Le pus peut être dirigé du côté du rectum et être versé dans cet intestin. Cette terminaison n'est pas toujours plus grave que celle que je viens d'examiner. D'abord elle suppose que l'abcès n'est pas dans la glande elle-même, qu'il s'est formé dans le tissu cellulaire qui l'entoure; quand c'est la glande elle-même qui suppure, l'abcès a plus de tendance à s'ouvrir du côté de l'urètre, car, du côté du rectum, il rencontre une forte résistance offerte par l'enveloppe de la glande. Aussi trouvez-vous dans les auteurs qui se sont le plus occupés de ces maladies, des faits qui prouvent que des abcès parfaitement constatés par le toucher rectal (la fluctuation était manifeste du côté de l'intestin), que de pareils abcès se sont cependant ouverts dans l'urètre. On simplifierait singulièrement l'affection dans ces cas, si on pouvait donner assez de certitude au diagnostic pour inciser de bonne heure la tumeur qui proémine du côté du rectum. » (Vidal de Cassis, *loco. cit.*, p. 409.)

Le fait suivant vient à l'appui de l'opinion de M. Vidal, en ce sens que l'ouverture de l'abcès dans le rectum n'est pas toujours défavorable.

Obs. 8. « Jamet, boulanger, âgé de quarante-deux ans, d'une assez faible constitution et d'un tempérament nerveux, entra en 1854 à l'hôpital Necker. Depuis l'âge de dix-huit ans jusqu'à celui de trente-huit, il avait eu un grand nombre de gonorrhées, dont quatre ou cinq du genre de celles qu'on appelle *cordées*. Deux années environ avant son admission, il s'aperçut que le jet de l'urine était moins gros que d'ordinaire; il éprouvait d'ailleurs des besoins fréquents d'uriner. Plusieurs mois se passèrent encore avant qu'il fît une attention sérieuse à ces symptômes, bien qu'il eût éprouvé des rétentions complètes d'urine à plusieurs reprises. Sept mois avant son entrée à l'hôpital, un petit abcès se manifesta à la marge de l'anus et s'ouvrit spontanément. Le malade ne put dire s'il sortit de l'urine par l'ouverture de cet abcès, qui se cicatrisa même avec promptitude. Voici les symptômes qu'il me présenta : besoins très fréquents d'uriner; efforts considérables pour rendre une petite quantité d'urine par un jet gros comme une plume de poulet; ces efforts occasionnaient souvent la sortie involontaire des excréments; le jet était tantôt bifurqué, tantôt en spirale; dans d'autres moments, l'urine tombait goutte à goutte; du reste, elle était claire. Une exploration constata trois rétrécissements : le premier à l'entrée de l'urètre, le second à deux pouces et demi du méat urinaire, et le troisième, plus considérable que les deux autres, à cinq pouces de l'ouverture du gland. Après quelques jours de repos, une bougie n° 4 franchit très-aisément les deux premiers obstacles; mais le troisième l'arrêta, et on la maintint au-devant pendant un quart d'heure. Les jours suivants, je fis usage de bougies plus grosses, et finalement je parvins à en introduire une du n° 1. Quatre jours après l'introduction de cette dernière, une sonde exploratrice rapporta une empreinte de ce rétrécissement. Un porte-caustique fut ensuite dirigé sur ce point, et le caustique appliqué pendant quelques secondes, sans que le malade sentît aucune douleur. Le lendemain et les jours suivants, il rendit des portions d'eschare grises, brunes et pelliculeuses, dont la sortie détermina d'assez vives souffrances et une difficulté momentanée d'uriner. Je procédai ensuite à la dilatation. J'en étais venu à faire pénétrer facilement une bougie n° 8 dans la vessie, lorsque le malade éprouva un peu de spasme dans l'urètre, eut une rétention d'urine, qui céda au bout de

trois à quatre heures. Trois jours après il se déclara un peu de fièvre précédée de frissons et suivie de sueurs nocturnes abondantes. Cet état persista en s'accompagnant de vives douleurs dans l'anus. Il fallut donc suspendre le traitement des coarctations urétrales. En explorant l'anus je reconnus un abcès considérable de la prostate, qui s'ouvrit le lendemain dans le rectum; le malade rendit une grande quantité de pus, et fut très-soulagé. Au bout de quinze jours, toute trace de suintement avait disparu; et je pus reprendre le traitement des coarctations de l'urètre, qu'il ne me fut cependant pas donné d'achever, l'impatience du malade l'ayant porté à quitter l'hôpital avant son entière guérison. » (Civiale, *loco. cit.*, IIe part., p. 429.)

La voie la plus fâcheuse que puisse prendre le pus, c'est celle du tissu cellulaire pelvien surtout quand, au lieu de tendre vers le périnée, il envahit l'intérieur du bassin, car alors il envoie au loin des fusées qui peuvent remonter très-haut, ainsi que l'a vu Ch. Bell. Lorsque, au contraire, le foyer s'ouvre entre l'aponévrose supérieure et la moyenne, il fuse dans l'espace ischio-rectal et s'approche davantage du périnée où le bistouri peut d'ailleurs faciliter son issue.

Le pus prend quelquefois chez le même sujet, simultanément ou à des époques différentes, plusieurs des directions que nous avons indiquées; une seconde ouverture est une aggravation qui fait craindre une fistule. (Vidal de Cassis.)

Quelquefois, dit le chirurgien que nous venons de citer, une ouverture dont on parle peu, c'est celle qui a lieu dans la vessie. L'observation de J.-L Petit dont il a été question, en est un exemple.

Nous ajouterons que la plupart des caractères de l'hypertrophie peuvent compliquer anatomiquement les altérations de la prostate enflammée.

Symptômes de la prostatite celluleuse aiguë. La fièvre, de la pesanteur au périnée, une douleur dans la même région, douleur augmentant pendant la défécation; la difficulté ou l'impossibilité d'uriner, voilà les symptômes de la prostatite aiguë; mais ce sont au si ceux d'un grand nombre de maladies de la vessie. Ajoutons qu'il sort de l'urètre, surtout avec l'urine, des filaments muqueux qui gagnent le fond du vase, sans y adhérer. Cet écoulement, qui n'est pas constant, n'est d'ailleurs pas pathognomonique. D'après une observation de Home, ce phénomène s'annoncerait, au moins dans certains cas, comme la formation du pus, par un frisson.

Obs. 9. « A. B..., âgé de cinquante et un ans, était sujet aux hémorrhoïdes depuis trente ans, et dans un état de constipation habituelle; en 1809, sa maladie se compliqua; les hémorrhoïdes se projetaient hors de l'anus, lorsqu'il marchait; elles le gênaient beaucoup, et elles devinrent si fluantes, que sa vie en paraissait menacée. Dans cet état cruel, dans une sorte de désespoir, il appliqua, sur les hémorrhoïdes, une liqueur fortement astringente, qui, en moins d'une semaines, arrêta l'évacuation et empêcha leur sortie de l'anus. Après cela, il fut pris de mauvais symptômes que l'on supposa dépendre d'une fièvre qui dura six semaines; et, depuis ce temps, toutes les fois qu'il se levait, il survenait des frissons, mais qui s'abattaient s'il se couchait dans la position horizontale. Ces frissons revinrent plusieurs fois; et, au bout de deux mois, depuis l'apparition des symptômes fébriles, il sentit une douleur aiguë au col de la vessie, et bientôt après il eut un flux considérable d'urine et de glaires accompagné d'une grande douleur qui dura quelque temps après la cessation du flux. D'où il paraît résulter que la fièvre et les frissons n'étaient que symptomatiques de la matière qui se formait dans la glande. Les frissons ne se manifestèrent que lorsque le malade prit quelque exercice, et ils disparurent dès qu'il se tint dans une tranquillité absolue. On employa plusieurs moyens pour le soulager. Il essaya le mercure, qui parut mitiger les symptômes; mais ils ne tardèrent pas à se manifester de nouveau. Dans l'état présent de la maladie, si l'on vient à passer un instrument, on sent facilement une partie du col de la vessie ulcérée, et la pointe de la sonde est obligée de passer sur cette ulcération pour arriver dans la vessie. L'emploi des lavements opiacés, les

bains tièdes, l'usage interne de la ciguë produisirent peu d'effet, mais les symptômes restèrent stationnaires pendant quelques mois; et les précautions et la tranquillité les dissipèrent presque entièrement, mais d'une manière lente. Ce cas doit être regardé comme benin. » (Everard Home, *Traitement des maladies de la prostate*, trad. française, p. 163.)

Ces *glaires* n'étaient sans doute que le résultat d'une hypersécrétion, ou, comme dit le professeur Andral, d'une hypercrinie de la prostate.

Le *diagnostic de la prostatite celluleuse aigue* consiste dans l'ensemble des symptômes et dans certains autres renseignements.

Home, ainsi que le dit M. Vidal de Cassis, nous a laissé une description très-imparfaite, presque insignifiante, de cette affection. Voici ce qu'il a écrit à ce sujet de plus important :

« Lorsque cette maladie survient, et elle a lieu moins fréquemment que les autres affections de la glande, elle est souvent prise pour l'inflammation et l'ulcération de la vessie, avec lesquelles, à la vérité, elle a beaucoup de ressemblance par ses symptômes; car, après que l'abcès est crevé, il se forme une ulcération au col de la vessie. Dans les cas qui se sont présentés à mon observation, l'abcès était ouvert avant que je fusse consulté, et le seul moyen qui pût me rester de reconnaître la nature exacte du mal, ce fut la sensation de la partie ulcérée que produisit à l'orifice de la vessie la pointe de la sonde, qui était dirigée vers elle, et qu'avec peine je conduisis dans la cavité de la vessie; cette circonstance, ajoutée à l'historique de la maladie, fut suffisante pour me faire connaître l'état de l'affection.

» Dans ces cas, la cavité formée par l'abcès se trouvait si large que divers chirurgiens ne purent faire passer l'instrument au delà, et il me fallut plus d'une tentative pour arriver jusque dans la vessie, que j'évacuai. Ce cas fut confondu avec la pierre, à cause des souffrances atroces qu'endurait le malade, occasionnées par l'urine qui entrait et séjournait dans la cavité ulcérée, et à cause des douleurs lancinantes et réitérées qu'il ressentait à la partie supérieure du gland; il ne fut possible d'expliquer la nature réelle de ce fait que lorsqu'on eut occasion de reconnaître que la cavité dans laquelle avait été reçue la pointe de l'instrument n'était pas la cavité de la vessie, mais bien celle qui constituait la maladie; ce dont on ne fut convaincu que lorsque la sonde fut parvenue dans la vessie, d'où il coula de l'urine. » (E. Home, *lieu cité*, p. 161.)

Comme on le voit, les signes du chirurgien anglais ne sont pas très-concluants.

Dans le passage suivant, M. le professeur Velpeau les a très-bien tracés, en rendant très-fidèlement la physionomie de l'affection.

« Les signes de l'inflammation de la prostate ne sont pas toujours faciles à constater, attendu que des maladies d'un autre organe ou d'une autre espèce peuvent aussi les faire naître en partie; toutefois, lorsque l'inflammation est franche, un praticien exercé ne s'y trompe guère. Dans les cas de gonorrhée, par exemple, le malade, qui était resté sans fièvre et avec peu de souffrance jusque-là, ressent bientôt une pesanteur, une tension gravative au périnée, dans le fondement. La douleur qui accompagne cette tension est d'abord sourde, puis devient pulsative et se complique de chaleur; la fièvre ne tarde pas à s'établir avec tout son cortége de réactions; le pouls est large, plein, fréquent; la langue est blanche, humide; la soif est grande et l'appétit se perd; la peau reste chaude, halitueuse et le sommeil ne peut pas avoir lieu; les garde-robes deviennent de plus en plus rares et le malade ne les sollicite point, dans la crainte d'augmenter ses souffrances; un besoin de plus en plus vif, de plus en plus permanent, de rendre les urines, s'établit peu à peu; ce besoin est d'autant plus pénible que le malade cesse quelquefois de pouvoir y satisfaire, et qu'il finit par se présenter un véritable ténesme vésical; la dysurie augmentant, l'urine, qui ne s'échappe plus que goutte à goutte, occasionne au col de la vessie, comme elle le faisait près du gland au début de la gonorrhée, une ardeur, un sentiment

de brûlure qui arrache quelquefois de véritables cris; il n'est pas rare, enfin, de voir une rétention d'urine complète s'établir.

»De pareils phénomènes, survenus dans l'espace de quelques jours, chez un homme encore jeune, affecté de blennorrhagie, et qui se portait bien auparavant, autorisent à diagnostiquer avec une certitude presque entière une prostatite aiguë. Du reste, l'exploration par l'urètre et par l'anus sont encore là pour élucider la question. Le doigt, porté dans le rectum, pourra le plus souvent reconnaître si la prostate est augmentée de volume, bosselée, douloureuse, surtout si l'on a soin de le recourber en avant, comme pour comprimer cette glande contre le pubis. Si le reste du canal le permet, n'est pas trop enflammé, une sonde introduite dans l'urètre n'arrivera point, dans le cas de prostatite, sur la région du canal entourée de l'inflammation glanduleuse sans provoquer une douleur extrême, un sentiment de brûlure tout particulier, outre que l'instrument ne franchira que difficilement cet espace, ne pénétrera point sans obstacle dans la vessie. Enfin, la sonde dans l'urètre et le doigt dans le rectum, allant pour ainsi dire à la recherche l'un de l'autre, occasionneront dans la prostate interposée, et des douleurs, et une sensation qui ne laisseront guère de doute dans l'esprit de l'observateur réfléchi.

» Les mêmes symptômes survenant sans qu'il y ait de gonorrhée aiguë, à l'occasion de calculs arrêtés dans le col de la vessie, des tentatives de manœuvres de lithotritie, à l'occasion d'une dysenterie, d'une superpurgation, d'une grande constipation, d'une chute sur le périnée, d'un refroidissement brusque de cette région, ne seront pas moins concluants en faveur de la prostatite que dans le cas précédent; il en serait de même s'ils se montraient pendant l'usage du cubèbe ou du copahu à haute dose, donnés dans n'importe quelle intention. Ils ne pourraient survenir en dehors de la prostatite que par suite de maladies lentes, de lésions organiques dont l'existence se serait révélée par d'autres symptômes, et aurait nécessairement fixé l'attention du chirurgien. » (Velpeau, *Dictionnaire de médecine*, t. XXVI, 2e édition.)

Le toucher peut rendre ici de grands services; si le doigt introduit dans le rectum sent la tumeur, circonscrit le siége de la douleur, qu'il augmente par la pression, la fluctuation peut être également sentie, ainsi que le prouve l'observation suivante.

Obs. 10. « Le baron de S..., d'une constitution robuste, éprouva, à la suite d'urétrites assez graves, des difficultés d'uriner qu'il négligea pendant long-temps, mais qui le forcèrent enfin de se soumettre à un traitement. Une faible coarctation urétrale existait à cinq pouces du méat urinaire. Elle fut détruite par une cautérisation superficielle et par la dilatation temporaire au moyen de bougies de cire. Ce traitement ne présenta rien de particulier; mais l'écoulement persista plus long-temps que de coutume. Quinze jours après que la dilatation fut terminée, le malade éprouva un dérangement notable des fonctions digestives, avec quelques accès de fièvre assez irréguliers. Des sangsues, des purgatifs et tous les moyens usités en pareil cas furent employés sans résultat appréciable. L'émission de l'urine redevint lente et difficile. Cependant l'urètre était libre. Je reconnus plus tard une tumeur volumineuse au col de la vessie et du côté droit. Bientôt on sentit, mais à une grande profondeur, de la fluctuation à l'aide du doigt introduit dans le rectum. La possibilité d'une méprise et l'épaisseur des tissus qu'il aurait fallu traverser pour arriver à la collection purulente firent ajourner le projet d'ouvrir cet abcès par l'instrument tranchant; ce fut l'opinion unanime de plusieurs praticiens habiles appelés en consultation. Au bout de trois jours, le dépôt s'ouvrit de lui-même dans l'urètre : le malade rendit une quantité considérable de pus. La suppuration continua pendant plusieurs semaines, et la convalescence dura long-temps, mais la guérison fut complète. » (Civiale, *loco cit.*, IIe partie, p. 428.)

Ainsi, quand, après les symptômes déjà indiqués, le doigt introduit dans le rectum touche une tumeur volumineuse, chaude, douloureuse à la pression; si

surtout il y a eu urétrite, rétrécissement; si des manœuvres ont été tentées dans l'urètre ou dans la vessie, alors il y a une réunion de circonstances qui forment plus qu'une probabilité en faveur d'une prostatite, et l'indication des moyens antiphlogistiques est plus que suffisante. (Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, tome v, page 411.)

Cette fluctuation peut se sentir quand l'abcès se prononce du côté du rectum, et qu'il n'est pas recouvert d'une couche trop épaisse de tissus. Pour faciliter la perception de la fluctuation, M. Vidal de Cassis conseille avec beaucoup de raison de passer dans l'urètre une sonde qui renvoie au doigt placé dans le rectum la sensation du flot. Quant à ces fluctuations éloignées, qu'on aurait senties dans une localité si difficile à explorer, ce chirurgien les regarde comme une illusion. Ces cas nous paraissent effectivement de ceux où le chirurgien, sans s'en apercevoir, prend son opinion nette, après la vérification, pour son opinion douteuse auparavant.

Lorsque l'abcès s'est dirigé du côté de la vessie, où il fait relief, il est évident que la fluctuation est impossible à reconnaître.

Complications de la prostatite aiguë. Les complications de la prostatite aiguë sont assez souvent ses causes mêmes, telles qu'un rétrécissement de l'urètre, une hypertrophie de la prostate. Nous avons vu, dans une des observations précédentes, comment alors de graves inflammations testiculaires pouvaient se déclarer et se montrer rebelles aux traitements les mieux conduits. Il peut encore y avoir des complications du côté du corps de la vessie et surtout de son col. Mais ce point est encore, comme presque tout ce qui regarde la prostate, incomplétement étudié.

Pronostic de la prostatite aiguë. La prostatite aiguë est une affection toujours sérieuse, souvent grave, et quelquefois mortelle, ainsi que l'établissent les faits consignés dans cet article. Nous avons indiqué, en traitant des caractères anatomiques, quelles étaient les variétés les plus dangereuses, suivant la direction prise par le pus pour s'échapper de son foyer; nous n'y reviendrons plus.

Il est des cas que des complications graves semblent rendre incurables, et qui cependant guérissent. Il y a une double perforation de l'urètre et du rectum, suppuration des reins, etc., et cependant le malade échappe à la mort.

Obs. 11. « *Blennorrhagies, ulcérations de l'urètre, abcès de la prostate ouverts dans le canal et le rectum, suppuration des reins, rhumatisme, etc. — Cautérisation, bains sulfureux, etc.—Guérison.*

» M. G***, capitaine d'artillerie, d'une constitution sèche et robuste, avait contracté deux blennorrhagies qu'il croyait guéries, lorsque l'écoulement reparut accompagné de douleur, de gonflement de la verge pendant l'émission de l'urine, et de pesanteur au périnée. Ces symptômes augmentèrent d'une manière lente, mais continue.

» A la suite d'un voyage, rétention complète, en même temps qu'une espèce de priapisme; tentatives infructueuses de cathétérisme, introduction d'une bougie de gomme élastique très-déliée produisant à son passage dans la portion prostatique la sensation d'un corps dur qui parcourt la surface d'une plaie. (Bains, saignées, boissons adoucissantes.) Depuis lors, le malade ne vide sa vessie que goutte à goutte, à cause du violent état d'érection qui s'empare de la verge dès qu'il passe quelques gouttes d'urine dans le canal; l'écoulement augmente; pesanteur insupportable au périnée, élancements vers la fosse naviculaire, que M. G*** compare à des *coups de canif donnés précipitamment*; quelques instants de repos ou la simple compression du périnée suffisent pour faire disparaître cette sensation. La plus légère fatigue détermine des accès de fièvre pendant plusieurs jours.

» A partir du mois de novembre 1826, le besoin d'uriner devient presque continuel, le passage des premières gouttes produit une vive douleur et renouvelle le priapisme; la peau de la verge, et surtout le gland, prennent une teinte violacée; les veines sous-cutanées se gonflent; des

gouttes d'urine se succèdent lentement et, tant qu'il en passe, une vive douleur se fait sentir le long du canal, sans aucun mélange de plaisir, sans le moindre désir vénérien; une cuillerée de liquide s'écoule ainsi dans l'espace d'un quart d'heure; après quoi la vessie cesse de se contracter et l'éréthisme de la verge tombe, pour se renouveler bientôt par le contact des premières gouttes d'urine qui s'engagent dans le canal; les efforts expulsifs deviennent souvent tels qu'ils produisent l'excrétion des matières fécales; la station prolongée, et surtout la marche, augmentent encore les élancements du gland, la douleur et la pesanteur du périnée. La fièvre est à peu près continue.

» Enfin, un médecin reconnaît la maladie, mais il essaie vainement de pénétrer dans la vessie, et conseille au capitaine G*** de venir à Montpellier.

» Du 10 au 17 novembre, on prend des empreintes et on fait des tentatives infructueuses de cathétérisme; la sonde, après avoir franchi un premier rétrécissement, est toujours arrêtée dans la portion prostatique, où l'on croit en reconnaître un second.

» Ces recherches produisent chaque fois une augmentation de l'éréthisme et de la sensibilité du canal, de la fièvre, etc. Enfin, une sonde métallique pénètre dans la vessie et y reste dix-huit heures; sa présence exaspère l'inflammation, les accès de fièvre reviennent plusieurs fois par jour. Depuis cette époque, l'émission des urines ne peut avoir lieu sans le secours de la sonde; on ne parvient pas sans peine à l'introduire, et son emploi est toujours suivi des mêmes accidents : douleurs vives dans les aines et les reins, augmentation de l'écoulement.

» C'est dans cet état que M. Lallemand trouva le malade au commencement de décembre. Il reconnut, à l'aide du porte-empreinte, un rétrécissement à quatorze centimètres; il le franchit avec assez de facilité, à l'aide d'une sonde n° 2, et vida la vessie. La prostate, explorée à travers le rectum, lui parut petite et flasque, tandis qu'elle avait été trouvée, quinze jours auparavant, volumineuse et tendue. Immédiatement après, il cautérisa le rétrécissement,

» Le malade redoutait le moment où il serait obligé d'uriner; mais, au bout de quatre heures, et à son grand étonnement, il n'éprouva ni douleur ni érection, et vida complétement sa vessie par un jet gros, plein, non interrompu. Cet état se soutint les jours suivants : il ne survint pas le plus léger mouvement fébrile.

» Huit jours après, seconde cautérisation. Plus tard, introduction dans la vessie d'une sonde n° 12 sans difficulté. Depuis cette seconde cautérisation, émission d'urine comme en santé.

» M. Lallemand espérait voir bientôt diminuer l'écoulement du canal. Cependant il devint encore plus abondant et tout à fait purulent; trois serviettes suffisaient à peine, tous les jours, pour l'absorber. Une aussi grande quantité de pus ne pouvait provenir que d'un abcès prostatique ouvert dans le canal. Cette supposition d'ailleurs expliquait la différence observée dans la prostate, à quinze jours d'intervalle; car on l'avait trouvée tendue et volumineuse, et M. Lallemand l'avait sentie petite et flasque. C'était sans doute aussi le gonflement inflammatoire qui avait mis tant d'obstacle à l'introduction de la sonde dans la vessie, et avait fait croire à un second rétrécissement. Il fallait donc admettre que la prostate était en suppuration.

» Mais, d'un autre côté, l'urine déposait environ le quart de son volume de pus épais et jaunâtre, parfaitement lié. Quand on avait décanté l'urine, le dépôt ressemblait parfaitement à du pus qu'on aurait tiré d'un vaste phlegmon; il en avait même l'odeur fade, quelquefois seulement il était d'un jaune verdâtre. En même temps le malade éprouvait dans la région des reins une douleur et une pesanteur habituelles; il y ressentait des battements répétés, semblables à des coups de canif, séparés les uns des autres par un instant de repos; chacun de ces élancements était si violent, qu'il arrachait un cri; ils cessaient après une ou deux minutes, pour revenir de la même

manière plusieurs fois par jour. Plus tard, ces élancements furent remplacés par des battements ou par la sensation d'une goutte de liquide qui tomberait sur la même partie ou qui s'en détacherait. La réunion de ces symptômes fit penser à M. Lallemand qu'il s'était aussi développé des abcès dans les reins. Enfin la fièvre devint presque continue et la faiblesse extrême.

» M. G*** était sujet à des douleurs rhumatismales : le froid rigoureux de 1829 les exaspéra d'une manière violente; elles se portèrent sur les articulations coxo-fémorales, puis sur les genoux, aux coudes, aux épaules, sur le côté gauche de la poitrine; la suffocation était imminente; enfin survint un hoquet insupportable (*deux larges sinapismes sur le thorax*).

» Le lendemain l'orage était dissipé; mais plusieurs scènes analogues se reproduisirent à de courts intervalles; les coudes étaient devenus douloureux, on y appela la fluxion par des rubéfiants; ils se tuméfièrent, et les organes renfermés dans la poitrine se trouvèrent dégagés.

» Le malade était d'une faiblesse et d'une susceptibilité dont on ne peut se faire une idée; sa maigreur était telle, que la peau menaçait de s'excorier sur toutes les parties saillantes; pendant quinze jours, on crut à chaque instant le voir succomber; tout le traitement consista dans l'applications de dérivatifs extérieurs, et le régime dans des bouillons et quelques verres de vin de Bordeaux.

» Voyant qu'il avait résisté à cette crise terrible, et ne pouvant lui administrer aucun tonique à l'intérieur, M. Lallemand se décida, malgré les rigueurs de la saison, à lui faire prendre des bains de Baréges artificiels. Le premier fatigua beaucoup le malade; il eut une syncope pendant qu'on l'essuyait; après le troisième, il survint une fièvre aiguë qui dura deux jours; mais l'écoulement avait sensiblement diminué, ainsi que la quantité de pus contenu dans l'urine. Ces changements avantageux engagèrent à persévérer dans cette médication, et donnèrent du courage au malade. Après deux autres bains la fièvre revint, et, pendant quelques jours, l'écoulement fut presque supprimé. Il reparut ensuite malgré l'emploi des bains sulfureux; mais ceux-ci produisirent un autre effet: peu à peu l'appétit se prononça, les digestions s'opérèrent avec plus d'énergie, les forces se relevèrent et l'affection rhumatismale disparut complétement.

» On ne pouvait méconnaître dans cette amélioration l'effet de vingt bains pris dans l'espace de deux mois, mais ils n'avaient produit aucune diminution dans la quantité du pus évacué par le canal ou mêlé à l'urine. L'eau de goudron, le copahu, la térébenthine, etc., avaient été donnés sans succès, en sorte que, malgré l'amélioration survenue dans l'état général, l'affection des reins et de la prostate, qui entretenait cette énorme suppuration, paraissait au-dessus des ressources de l'art.

» Le 18 février 1829, il survint une violente indigestion accompagnée de vomissements et suivie de déjections alvines très-abondantes et très-fétides. Ce nouvel accident semblait annoncer une diarrhée colliquative, mais il fut le signal d'une révolution complète dans la marche de la maladie.

» Le lendemain l'écoulement du canal était réduit à sept ou huit gouttes de mucosités purulentes dans les vingt-quatre heures, et le dépôt des urines avait diminué de moitié; le surlendemain il avait presque disparu. Le dévoiement se ralentit, et l'on remarqua dans les selles une matière semblable à du chocolat au lait. Le troisième jour, le malade rendit à quatre reprises différentes, au commencement de chaque défécation, un demi-verre de pus épais et sanguinolent, d'une couleur jaune-verdâtre mêlé de lie-de-vin. Plus tard le pus fut rendu plus pur et séparément. Un autre besoin, annoncé par une sensation différente, produisait l'expulsion de matières fécales moulées, et d'un aspect tout à fait naturel, Les jours suivants, le pus ne fut plus rendu que trois fois, puis deux fois dans les vingt-quatre heures.

» Au bout de deux mois, les selles purulentes cessèrent tout à coup à la suite d'un vomissement bilieux très-abondant. Pendant cette nouvelle période, deux

bains sulfureux furent administrés chaque semaine; leur effet tonique ne fut pas moins marqué que la première fois.

» Il est difficile de se faire une idée du changement qui s'opéra chez le malade du moment qu'il vit disparaître la suppuration abondante qui avait lieu par le canal; une gaieté franche, vive et bruyante remplaça brusquement sa taciturnité morose ; son appétit augmenta rapidement ; il reprit de l'embonpoint ; ses joues se colorèrent, et, lorsque au bout de deux mois les selles purulentes eurent cessé, il se crut entièrement guéri.

» M. Lallemand n'éprouvait pas tout à fait la même confiance pour l'avenir, parce qu'il voyait la suppuration du rectum reparaître quand celle du canal se supprimait. Il est vrai cependant que l'une et l'autre avaient considérablement diminué ; mais leur retour prouvait que le foyer de la suppuration n'était pas complétement oblitéré.

» Au mois de juin 1829, le capitaine G*** partit pour les bains de Baréges dans l'état suivant :

» Il urinait à plein canal, sans douleur, sans efforts ; les douleurs rhumatismales avaient entièrement disparu, ainsi que les accès de fièvre. Depuis plusieurs mois, la suppuration ne s'était pas fait jour par le rectum ; l'écoulement qui avait lieu par le canal était réduit à un léger suintement muqueux qui augmentait de temps en temps, comme cela arrive dans les blennorrhagies invétérées; l'urine, habituellement transparente, se troublait seulement de temps à autre, et laissait déposer pendant quelques jours un sédiment muqueux, floconneux, jamais purulent. Au reste la situation physique et morale du capitaine G*** était très-variable, et, pour ainsi dire, intermittente ; tous les douze ou quinze jours environ, il éprouvait un trouble général dans l'économie ; l'écoulement urétral augmentait, l'urine se troublait, était rendue avec douleur ; le pouls était légèrement fébrile, la langue pâteuse, l'appétit nul, les idées sombres, etc. ; après deux ou trois jours, tout disparaissait pour recommencer au bout d'un temps plus ou moins long.

» M. Lallemand eut l'occasion de revoir le capitaine G*** à son retour de Baréges ; sa santé s'était améliorée sous l'influence des eaux thermales ; il avait plus de force, meilleur appétit, plus d'embonpoint, beaucoup de gaieté ; les accidents, devenus plus rares, se prolongeaient moins long-temps, mais il rendait encore par le rectum, *tous les trois ou quatre mois*, du pus en petite quantité, et cela *pendant trois ou quatre jours* ; après quoi tout rentrait dans l'ordre.

» Chez aucun malade peut-être, les symptômes caractéristiques des ulcérations de l'urètre n'ont été plus frappants et les effets de la cautérisation plus prompts, plus décisifs. Nous ne reviendrons pas sur tout ce que nous avons dit à cet égard, mais nous devons faire remarquer que rien n'aurait pu remplacer la cautérisation, puisque le contact des sondes était intolérable. Cependant, si la liberté du canal n'eût été promptement et complétement rétablie, le malade n'aurait certainement pas résisté à tous les accidents qui sont venus l'assaillir.

» L'affaissement subit de la prostate et l'écoulement copieux, d'aspect purulent, survenu dans le même temps, indiquaient suffisamment qu'un abcès de la prostate s'était ouvert dans l'urètre ; mais le pus abondant et phlegmoneux que laissaient déposer les urines ne provenait pas de la même source ; car il aurait fallu qu'il existât une communication entre le foyer prostatique et la vessie, et, dans ce cas, les urines y auraient pénétré continuellement, seraient ressorties par le canal, mêlées à l'écoulement, et bientôt elles auraient causé de grands ravages dans les parties voisines. D'ailleurs, les symptômes remarquables éprouvés par le malade du côté des reins indiquaient un travail pathologique important dans ces organes ; le pus phlegmoneux que laissaient déposer les urines venait donc des reins.

» L'abcès prostatique, après s'être ouvert dans l'urètre, s'est étendu peu à peu du côté du rectum et a fini par s'y faire jour aussi, et, dès-lors, la suppuration a tari d'un côté chaque fois qu'elle a pris son cours de l'autre. Ces alternatives indiquaient l'existence de deux ouvertures

opposées aboutissant au même foyer. Cependant les urines n'ont jamais passé de l'urètre dans le rectum ; le pus, rendu avant ou pendant la défécation, est toujours resté épais et crémeux, comme celui d'un phlegmon qui vient d'être ouvert, et les matières fécales ne s'y mêlaient pas ; lors même qu'elles en étaient enveloppées, elles conservaient leur consistance normale ; au contraire, elles sont toujours liquides lorsque les urines se rendent dans le rectum.

» Il faut donc admettre que les urines n'ont jamais pénétré dans le foyer purulent de la prostate, et c'est probablement ce qui a prévenu de plus graves désordres, ce qui a permis aux parois de se rapprocher de plus en plus et de se réunir définitivement ; mais il n'eût pas été possible d'empêcher les urines de pénétrer dans le foyer purulent, si la liberté du canal n'eût été complétement rétablie ; car les sondes à demeure n'auraient pas été supportées pendant si long-temps ; leur présence continuelle aurait d'ailleurs exaspéré l'inflammation de la prostate.

» Quant aux graves complications qui ont mis si long-temps en danger les jours du malade, nous n'avons pas à nous en occuper ici, parce qu'elles étaient indépendantes de l'affection des voies urinaires ; nous ferons seulement remarquer que le succès des dérivatifs et des bains sulfureux dans cet état désespéré, doit être attribué à la disparition rhumatismale qui faisait le caractère dominant de cette constitution détériorée. » (Lallemand, *loco cit.*, p. 253.)

Il est remarquable que le pus rendu par le rectum, a toujours eu l'aspect phlegmoneux, et n'a jamais été mêlé avec les matières fécales ; il les précédait et les enveloppait, mais ne les dissolvait pas ; elles conservaient, au milieu de la matière purulente, une assez grande consistance, et n'en étaient pas pénétrées, ce qui n'a jamais lieu quand le pus est mêlé aux urines ; ainsi, quoique le foyer se vidât, tantôt dans l'urètre, tantôt dans le rectum, les urines n'ont jamais passé du canal dans l'intestin ; à plus forte raison, les matières fécales n'ont-elles jamais pu pénétrer dans le foyer prostatique ; ce qu'il faut attribuer à la manière dont il se vidait d'un côté ou de l'autre, quand il était plein.

Dans les cas de ce genre, l'ouverture est très-petite et dirigée de l'intérieur du foyer vers l'extérieur, comme les orifices des canaux excréteurs, et la cavité diminue après chaque évacuation, par la compression des parties voisines et la disposition des surfaces déjà cicatrisées, à revenir de plus en plus sur elles-mêmes. La réunion de toutes ces circonstances explique comment la guérison peut quelquefois s'opérer spontanément. Suivant M. Lallemand, ce pus n'est pas toujours si distinct des matières fécales ; mais il s'y mêle et constitue avec elles une matière diarrhéique. Ces conditions variables dépendent sans doute de l'abondance du pus et de la consistance primitive des fèces, plus difficiles à ramollir quand elles sont dures et le fluide en petite quantité, et réciproquement.

Traitement de la prostatite aiguë. MM. Gerdy et Vidal de Cassis emploient et recommandent un traitement antiphlogistique énergique, des saignées générales et locales, des bains, des lavements émollients ; rien ne doit être négligé pour abattre cette inflammation, et prévenir si l'on peut la formation du pus.

C'est ce que Richerand appelait un traitement perturbateur, et sur lequel il insistait beaucoup pour les abcès du périnée en général comme pour ceux de la marge de l'anus. Le cas suivant paraît fort propre pour en démontrer les avantages. Une première fois le sujet fut guéri par cette incision prompte ; une autre fois l'incision n'ayant pu être faite, l'abcès se forma.

Obs. 12. « *Inflammation phlegmoneuse de la portion antérieure de la prostate, incision profonde dès le début. Guérison prompte et complète. Seconde prostatite semblable, abcès ouvert dans le rectum et dans l'urètre, rupture des canaux éjaculateurs, fistule urétro-rectale, etc. Sondes à demeure, cautérisation. Guérison.*

» M. B..., officier de marine, eut à vingt-cinq ans une blennorrhagie, puis un rétrécissement, qui nécessita l'usage

des sondes; il survint bientôt de la pesanteur vers le col de la vessie; une tumeur dure et profonde se développa au-devant du sphincter; l'indicateur introduit dans le rectum fit reconnaître qu'elle dépendait d'un gonflement phlegmoneux de la prostate. M. Lallemand plongea aussitôt un bistouri à travers le périnée dans la direction du col de la vessie. Il sortit d'abord peu de pus par l'incision, parce qu'il n'était pas encore réuni en foyer; mais les jours suivants il s'en écoula une grande quantité. Le cours des urines se rétablit immédiatement, et la cicatrice fut terminée en quelques jours. Une cautérisation de la surface prostatique de l'urètre fit complétement disparaître l'écoulement abondant qui persistait.

» Huit ans après, M. B... contracta une nouvelle blennorrhagie, se fatigua et ressentit vers le col de la vessie les mêmes symptômes que la première fois; mais, au moment de son arrivée à Montpellier, l'abcès de la prostate se vida dans le rectum. Pendant la première semaine, la suppuration fut abondante et phlegmoneuse; après quoi l'écoulement du canal redoubla et celui du rectum diminua. Deux jours après une partie des urines fut rendue par l'anus, chaque fois que le malade vidait sa vessie. Enfin, au bout de deux mois, ayant éprouvé tous les phénomènes d'une pollution nocturne, il ne trouva en s'éveillant que quelques gouttes de sperme à l'ouverture du canal, et il rendit en allant à la selle une matière abondante, qui avait tous les caractères de la liqueur séminale. Les mêmes phénomènes se reproduisirent tous les huit ou dix jours. Avec plus d'attention encore il constata que, indépendamment de ces pollutions nocturnes extraordinaires, il rendait tous les jours du sperme en moindre quantité par le rectum, sans érection préalable. Il a été possible de vérifier plusieurs fois l'exactitude de ces observations.

» Cependant, au bout de deux mois, ces pollutions d'un nouveau genre diminuèrent, et, quinze jours après, toute évacuation séminale cessa par le rectum; elles n'ont point reparu depuis. Une cautérisation de la surface prostatique, fit encore cesser en quelques jours l'écoulement abondant qui persistait par le canal, et M. B... sortit de l'hôpital complétement guéri de cette grave maladie par le seul usage des sondes, qu'on retirait même aussitôt qu'elles provoquaient la moindre irritation, la plus légère fatigue.

» M. Lallemand a revu M. B... quatre ans plus tard, il revenait d'un long voyage sur mer; sa santé était parfaite, et les fonctions génitales s'exécutaient d'une manière satisfaisante. Cet état s'est maintenu jusques aujourd'hui sans variation.

» Rien de plus facile à suivre que la marche de ces deux prostatites. Dans les premières, une blennorrhagie produit un rétrécissement, on laisse des sondes à demeure dans le canal, et bientôt après se manifeste une tumeur dure et profonde au-devant des sphincters, etc. Plus tard une nouvelle blennorrhagie, suivie de fatigue, amène bientôt les mêmes symptômes. Ainsi, chaque fois l'écoulement s'est transformé en phlegmon, c'est-à-dire que l'inflammation des follicules de la prostate, exaspérée par des causes accidentelles, s'est étendue au tissu cellulaire interfolliculaire.

» Mais, dans le premier cas, une ponction profonde fut pratiquée à travers le périnée, jusque dans l'épaisseur du phlegmon, dès que la tumeur se fit sentir au-devant des sphincters; le dégorgement, qui en résulta, rétablit immédiatement le cours des urines, la suppuration s'écoula par la plaie, avant même d'avoir pu se réunir en foyer, et la guérison fut obtenue en quelques jours. Dans le second cas, on n'a pas eu recours au même moyen, quoique le malade en eût indiqué les heureux effets dans les mêmes circonstances, et la suppuration a persisté assez long-temps pour détruire le tissu de la prostate, y compris les canaux éjaculateurs, et pour se faire jour dans le rectum ainsi que dans l'urètre. Il est curieux de voir la même maladie, chez le même individu, suivre une marche si différente à huit ans d'intervalle, par le retard apporté à l'incision; rien n'est plus propre à faire ressortir tous les

avantages de cette méthode, et le patient lui-même s'en était parfaitement rendu compte, puisqu'il avait réclamé l'incision du périnée, dès le début de la seconde prostatite.

» Quant aux pertes séminales qui eurent lieu par le rectum, elles prouvent que les canaux éjaculateurs avaient été ouverts dans leur trajet à travers la prostate, ce qui peut donner une idée de l'étendue des désordres produits par la suppuration.

» Cependant, une guérison prompte et complète a pu être obtenue; et, depuis cette époque, toutes les fonctions s'exécutent d'une manière normale, malgré les fatigues et les privations inséparables des longs voyages maritimes. Mais cet officier n'avait alors que trente-trois ans, sa constitution robuste et endurcie à toutes les fatigues reprit bientôt de l'embonpoint, et la phlegmasie était très-aiguë, conditions éminement favorables à la réunion des parois du foyer. » (Lallemand, *Des pertes séminales involontaires,* t. II, p. 295.)

Si un abcès se prononce nettement du côté du rectum, il ne faut pas hésiter à l'ouvrir. Quelques chirurgiens ont érigé en principe ce que J.-L. Petit avait fait par hasard, c'est-à-dire l'ouverture avec la sonde d'un abcès qui fait saillie dans l'urètre. La difficulté est de reconnaître cet abcès. On peut d'ailleurs se livrer à quelques tentatives à l'exemple de J.-L. Petit.

Lorsque l'abcès s'est ouvert dans l'urètre, il faut, pour empêcher la pénétration de l'urine dans le foyer, ne permettre au malade de n'uriner qu'avec la sonde, afin que l'urine ne vienne pas par son contact irritant entretenir l'inflammation de la prostate. Par ce moyen on est parvenu à triompher de cas où le foyer communiquait à la fois avec l'urètre et le rectum.

Obs. 13. « *Prostatite, rétention d'urine, cathétérisme, fausse route. Ponction, fistule hypogastrique. Suppuration de la prostate, fistule urétro-rectale. Sondes à demeure dans le canal, abcès au périnée, fistule périnéale. Sondes de temps à autre dans la vessie. Guérison complète.*

« V....., Auvergnat, adonné depuis longues années à la masturbation, fut pris (septembre 1831), à la suite de ses manœuvres, d'une dysurie ; le besoin d'uriner n'étant pas pressant, il négligea de le satisfaire, et but de la décoction de persil. Cependant, l'urine distendit la vessie, les douleurs devinrent intolérables dans la région hypogastrique ; enfin la rétention fut complète (saignée ; bain ; cathétérisme avec une grosse sonde).

» La nuit suivante, une nouvelle rétention d'urine survint, et un autre médecin appelé voulut sonder le malade avec un instrument de petit calibre ; ne pouvant pénétrer dans la vessie, il pratiqua la ponction au-dessus du pubis, et laissa la canule à demeure. Dix jours après cette opération, aucune goutte d'urine n'ayant encore passé par l'urètre, un abcès de la prostate s'ouvrit dans le canal et le rectum.

» Pendant trois mois et demi, la canule fut laissée à demeure dans l'hypogastre.

» Au mois de décembre 1831, V... vint à Saint-Éloi. Le professeur Delpech pratiqua facilement le cathétérisme avec une sonde en argent d'assez gros calibre. Il la laissa à demeure pendant deux jours, et la remplaça par des sondes de gomme élastique, progressivement plus volumineuses ; il cautérisa la fistule hypogastrique, qui marcha promptement vers la cicatrisation. Les urines s'écoulaient à la fois par l'anus et par le canal ; ces dernières déposaient une couche puriforme, et un sédiment muqueux, filant, qui adhérait aux parois du vase. Douleurs vives au périnée, depuis l'introduction des sondes.

» Le 13 janvier 1832, M. Lallemand explore la prostate et reconnaît qu'elle est plus petite que dans l'état ordinaire, et qu'au lieu de donner la sensation d'un corps arrondi, elle produit celle de deux mamelons indurés, inégaux, du volume de deux gros pois (sonde en gomme élastique, n° 6).

» Le 14, douleur vive et tuméfaction au périnée; la sonde est retirée. Pendant des efforts de défécation, le malade rend d'abord du pus, ensuite de l'urine par le rectum (lavements, cataplasmes émollients au périnée).

» Le 16, la tumeur au périnée commence à devenir fluctuante; elle est incisée; du pus crémeux s'en écoule (bain).

» Les jours suivants, constipation opiniâtre (huile de ricin, 60 gram. dans autant de sirop de fleurs de pêcher); selles copieuses.

» Des sondes sont placées à demeure, et retirées, quand la douleur et l'irritation qu'elles déterminent est trop vive. La constipation est combattue avec l'huile de ricin; du pus s'écoule de temps à autre par le rectum; il s'y introduit aussi de l'urine, ainsi que dans la fistule du périnée.

» Le 13 février, on renonce à l'introduction des sondes, dont la présence donne lieu à des contractions spasmodiques de la vessie qui font passer l'urine à travers toutes les fistules.

» Du 28 février au 20 mars, des sondes volumineuses sont de nouveau placées à demeure, à des intervalles assez longs. Plusieurs cautérisations sont pratiquées sur les fistules périnéale et hypogastrique. La première se resserre beaucoup; l'autre s'oblitère.

» Enfin, le 22 avril, le malade quitte l'hôpital; les trajets fistuleux livrent seulement encore passage à une petite quantité d'urine.

» Arrivé chez lui, V... reprit de l'embonpoint et la fistule urétro-rectale s'oblitéra complétement; les désirs vénériens se réveillèrent et provoquèrent au coït et à la masturbation, quoique le sperme s'introduisît dans la fistule du périnée pendant l'éjaculation et y déterminât des douleurs vives. Chacun de ces excès était suivi, pendant quelques heures, d'une diminution de volume dans le jet de l'urine, dont une petite quantité passait alors par la fistule.

» Le 15 mai 1833, V..., bien portant du reste, vint encore réclamer des soins à l'hôpital Saint-Éloi pour cette fistule périnéale. Une sonde n° 10 pénétra facilement dans la vessie et son séjour n'occasionna aucun symptôme fâcheux. La dilatation fut continuée jusqu'au n° 12.

» Le 30 mai, la fistule étant guérie, V... quitta l'hôpital.

» Cet exemple de prostatite, provoquée par la masturbation, ne doit pas surprendre après ceux d'urétrites dues à la même cause et portées au point d'amener des rétrécissements très-graves.

» Il est remarquable que le cathétérisme, pratiqué avec une sonde volumineuse, avait été facile, lorsque, le lendemain, un autre praticien ne put réussir avec un numéro moins fort; ce qui le conduisit à la ponction de la vessie au-dessus des pubis. Il est donc aussi dangereux d'employer des sondes déliées dans les cas de cette nature, que de vouloir franchir les rétrécissements de l'urètre avec des cathéters volumineux. Chez V... les urines passaient par le rectum; la sonde, dont la présence était indispensable, ne pouvait être laissée longtemps à demeure sans provoquer des accidents qui forçaient à la retirer. Cependant, à force de persévérance et de circonspection, on est arrivé à une guérison définitive; ce qui confirme encore ce que nous avons déjà dit des inconvénients d'un séjour trop prolongé des sondes, et des avantages de leur séjour intermittent. Dans les cas de fistules, il vaudrait mieux sonder les malades chaque fois qu'ils éprouvent le besoin d'uriner, ou plutôt leur apprendre à se sonder eux-mêmes. » (Lallemand, *loc. cit.*, obs. 3.)

Prostatite chronique. Nous n'inscrivons guère ce titre que pour signaler une lacune. La prostatite chronique est un sujet entièrement à faire, et sur lequel les écrivains qui s'en sont occupés sont loin d'avoir jeté du jour. Ainsi M. Bégin appelle prostatite chronique ce que M. Civiale nomme engorgement de la prostate, et ce que nous avons décrit sous le titre d'hypertrophie.

L'observation suivante donnera une idée de cette maladie, qu'il est impossible de faire connaître autrement.

Obs. 14. « *Blennorrhagie chronique, traitement prétendu végétal, gangrène mercurielle de la bouche, asphyxie, trachéotomie, mort, inflammation chronique de la prostate.*

» P. Dubois, maçon, âgé de trente-huit ans, entra à la Charité, salle Saint-Ferdinand, n° 8, le 2 juillet 1838.

» Il nous raconta que, deux mois auparavant, il avait été pris, à la suite d'un

coït impur, d'une blennorrhagie intense pour laquelle il consulta un de ces médicastres dont les affiches couvrent les murailles, et qui le soumit au *traitement végétal dépuratif sans mercure*. A cette époque les douleurs pendant l'émission des urines étaient devenues tolérables. Pendant qu'il prenait les liqueurs et les poudres que son guérisseur lui vendait, le malade voyait son écoulement diminuer; mais des douleurs de plus en plus vives se firent sentir vers la bouche, les gencives se boursouflèrent, une salivation abondante et fétide survint, puis de la tuméfaction et de la douleur dans les parotides et les glandes sous-maxillaires, avec frissons, céphalalgie, anorexie, fièvre ardente, gêne de la déglutition, difficulté extrême de respirer, étouffement, menace de suffocation. C'est alors que le malade effrayé entra à l'hôpital.

» A la visite du 3 juillet, voici ce que nous observons : pâleur extrême de la face, couleur jaunâtre et terreuse de la peau. Quoique bien musclé, cet homme paraît affecté d'une lésion organique profonde. Gonflement considérable des parotides et des glandes sous-maxillaires, sans changement de couleur à la peau; la bouche ne s'ouvre qu'avec une extrême difficulté, et aussitôt une salive abondante s'en écoule. La langue est presque double de son volume normal, sa face supérieure est convertie en une eschare brunâtre; toute la muqueuse buccale est recouverte d'une pseudo-membrane blanchâtre de plusieurs lignes d'épaisseur dans certains points. En grattant cette couche, on voit au-dessous la muqueuse rouge, violet-brunâtre, et granulée dans quelques endroits. Les gencives sont boursouflées, molles et saignantes; les dents chargées de tartre. La luette, les parois du pharynx et l'épiglotte sont rouges, gonflées. Haleine fétide, déglutition difficile, douloureuse; anorexie, abdomen indolore. Constipation opiniâtre, respiration laborieuse, fièvre. Le pouls bat quatre-vingt-quinze fois par minute; cependant ses pulsations sont assez régulières et les bruits du cœur normaux; céphalalgie légère. La muqueuse urétrale laisse à peine suinter quelques gouttes de liquide blanchâtre.

» *Prescription.* Lin, guimauve, gargarisme émollient, deux verres d'eau de Sedlitz dans la journée, lavement simple le soir.

» Le 4, la salivation est des plus abondantes, l'eschare commence à se détacher sur les bords; quelques accès de suffocation. L'eau de Sedlitz a provoqué des évacuations de matière dure et grumeleuse. La fièvre persiste, ainsi que la céphalalgie. On ajoute quelques gouttes d'acide hydrochlorique au gargarisme.

» Le 5, même état. L'eschare continue de se détacher. Dyspnée parfois effroyable; la déglutition provoque des accès de toux fort douloureux; voix altérée. Fièvre, anorexie, pas de selles. Le gargarisme a provoqué d'assez vives douleurs.

» Le 6, l'inflammation éliminatrice a presque entièrement détaché l'eschare; les amygdales sont violemment enflammées; la respiration est sifflante; le pouls est petit, irrégulier, on compte cent pulsations. L'anorexie et la constipation persistent, ainsi que la salivation, qui est toujours très-intense. La couche pseudo-membraneuse est un peu moins épaisse et a même disparu dans certains points. M. Mercier excise une portion de l'eschare, et le malade respire plus librement.

» *Prescription.* Même tisane, gargarisme émollient, une bouteille d'eau de Sedlitz, lavement le soir.

» Le 7, le malade a eu deux selles abondantes, mais les mêmes symptômes persistent. Une autre portion de l'eschare est détachée. La langue paraît alors creusée d'un profond sillon dans lequel on pourrait loger le pouce.

» Le 8 et le 9, la salivation, les douleurs et la fièvre ont un peu diminué; mais le reste persiste. Nouvelle excision. Même traitement.

» Le 10, la respiration a été haute et sifflante toute la nuit. A la visite, au moment où l'on s'approche de son lit pour l'examiner, le malade est subitement pris de mouvements épileptiformes dans tout le côté droit du corps : les muscles de la face et des quatre membres s'agitent instantanément; mais bientôt ces mouvements désordonnés cessent, les parties naguère en convulsion tombent

en résolution complète, deux ou trois profondes inspirations et expirations se succèdent et la face devient cadavéreuse. M. Sandras fait alors ouvrir la veine; mais il en sort à peine quelques gouttes de sang; il ordonne la trachéotomie, qui est immédiatement pratiquée par M. Mercier. On s'efforce, soit par des insufflations faites avec précaution au moyen d'une sonde dans la trachée, soit par des pressions alternatives sur les parois thoraciques, de rétablir la respiration et de rappeler la vie; mais c'en était fait, le malade était mort.

» *Nécropsie.* Les parois de la bouche sont rouges et encore recouvertes, dans certains endroits, de lames pseudo-membraneuses plus ou moins épaisses. Les glandes salivaires sont dures et volumineuses. La base de la langue présente encore une eschare de 6 millimètres d'épaisseur, de près de 3 centimètres de largeur et 5 de longueur. Au-dessous se trouve une surface ulcérée, grisâtre et dont les bords sont tuméfiés, œdémateux; l'épiglotte, et surtout les replis aryténo-épiglottiques sont le siége d'un œdème très-prononcé; les cordes vocales sont également gonflées; cependant il n'y a pas oblitération complète de la glotte : tous ces tissus sont d'ailleurs mous et contiennent peu de sang.

» Les poumons sont sains et crépitants, mais presque exsangues. Les diverses cavités du cœur et les grosses veines ne contiennent que très-peu de sang. Le tissu du foie est à l'état normal, mais décoloré.

» L'urètre est sain dans toute son étendue; seulement il a une couleur un peu plus foncée dans la région prostatique.

» La prostate ne dépasse que de très-peu son volume ordinaire : ses diamètres ont au plus 4 ou 5 millimètres plus que l'âge du malade ne le comporte. Les coupes qu'on y pratique sont parfaitement lisses, elles présentent, en quelque endroit que ce soit, des marbrures bleuâtres, limitant de petits espaces nombreux et arrondis de 1 à 3 millimètres de diamètre e d'une teinte jaune-grisâtre ou blanc-sale, comme s'il y avait là infiltration de pus concret; la pres ion n'en exprime qu'une très-petite quantité de liquide trouble et assez épais.

» Le reste des organes urinaires est sain.» (Obs. rec. par M. Recours, int. des hôpitaux.)

» On voit par cette observation qu'il y a une bien grande différence sous le rapport anatomique entre une inflammation, même chronique, de la prostate et son engorgement sénile. Dans la prostatite, la blancheur générale a disparu, les cloisons fibreuses sont le siége d'une injection sanguine plus ou moins prononcée; les granulations n'ont point d'élasticité, elles ont une couleur terne particulière, leur sécrétion est peu abondante et presque puriforme. Quelquefois même, lorsque l'inflammation est plus vive, leur couleur est la même que celle du tissu qui les entoure.

» Il est vrai qu'on rencontre parfois ces caractères dans des prostates évidemment affectées d'intumescence sénile, mais alors il est facile de voir qu'ils sont tout à fait accidentels et dépendent de causes particulières presque toujours faciles à saisir, telles que calculs, sondes à demeure, fausses routes, etc. Il est rare qu'on les rencontre dans toute l'étendue de l'organe, et qu'il n'en reste pas encore quelques parties qui, exemptes de complication, ne présentent d'autres caractères que ceux que j'ai décrits dans le chapitre précédent. » (Mercier, *loc. cit.*, p. 184, 1841.)

ARTICLE V.

Ulcérations de la prostate.

L'histoire des ulcérations de la prostate ressemble à celle de son inflammation chronique : elle est tout aussi incomplète. Il ne sera que trop facile de le prouver.

Causes des ulcérations de la prostate. Suivant Home la maladie reconnaît deux ordres de causes : tantôt ce sont des morceaux de calcul irréguliers, qui, arrêtés au niveau de la prostate, l'attaquent et la creusent peu à peu; tantôt ce sont des blessures faites par le cathétérisme qui dégénèrent en ulcères.

Caractères anatomiques des ulcérations de la prostate. Au lieu de description, nous donnons l'exemple suivant :

Obs. 1re. « Un gentleman, âgé de cinquante-neuf ans, qui avait rendu des

morceaux de pierre d'une forme irrégulière, et quelques-uns avec difficulté, leur irrégularité les obligeant de rester dans l'urètre plusieurs jours, eut une évacuation de mucus glaireux, accompagnée d'un besoin fréquent d'uriner, qu'on ne put nullement expliquer; la quantité de mucus augmenta, il devint plus tenace, et rien de ce qu'on administra ne put l'arrêter; le malade traîna encore un an et demi, et, au bout de ce temps, il mourut d'une autre maladie. A l'examen du cadavre, deux portions de calcul, d'une forme très-irrégulière, se trouvèrent engagées dans la prostate; elles étaient à peine perceptibles dans l'urètre; une seule petite pointe faisait saillie derrière la surface de la membrane : dès qu'elles furent écartées, on vit une cavité profonde, presque de toute l'épaisseur de la glande, contenant une matière tout à fait informe, dont les calculs étaient encroûtés.

» Dans ce cas, il fut impossible de reconnaître la cause des symptômes, et il n'y aurait pas eu de moyen qui pût les pallier, si cette cause eût été connue. » (Éverard Home, *Traitement des maladies de la prostate*, traduction française, p. 169.)

Symptômes des ulcérations de la prostate. « Les symptômes que produit l'ulcération sont une augmentation de sécrétion du mucus très-visqueux qui se mêle à la matière purulente, une fréquente envie d'uriner, et plus ou moins d'élancement douloureux, selon la quantité d'urine contenue dans l'ulcère. Toutes les fois que l'irritation est très-intense, la douleur répond au col de la vessie; elle répond aussi au gland, exactement de la même manière que dans les cas où un calcul est placé à l'orifice de la vessie. » (Éverard Home, *lieu cité*, p. 165.)

Voici un exemple où les symptômes ont été recueillis par Home.

Obs. 2. « A. B., âgé de soixante-treize ans environ, éprouvait une sensation de pesanteur sur la partie inférieure de l'abdomen, et souvent de la difficulté de verser de l'eau; il ne pouvait en rendre qu'en petite quantité à la fois. Cet état dura deux ou trois mois, et finit par disparaître. En peu de mois cette incommodité revint et disparut de la même manière. Il en fut pris plusieurs fois; mais la dernière attaque fut si violente, qu'elle l'empêcha de vaquer à ses affaires habituelles. Elle commença sur le soir avec une violente douleur des aines, et avec une grande difficulté d'uriner; si l'émission s'effectuait, elle était douloureuse; il y avait aussi une forte douleur à l'extrémité du pénis, toutes les fois que l'envie de verser de l'eau se faisait sentir, et elle durait jusqu'à ce que l'eau eût cessé de couler : ce dernier accès se renouvelait huit ou dix fois dans une heure, et chaque fois il n'en passait que quelques gouttes.

» Le 29 juillet on introduisit dans la vessie une sonde de gomme élastique sans stylet, et il en sortit trente-deux onces d'urine : huit heures après le cathéter fut introduit, il s'en écoula deux onces; l'instrument fut maintenu dans la vessie.

Le 30, la nuit fut tolérable; mais l'instrument éveilla une souffrance considérable au col de la vessie.

» Le 31, l'urine fut tirée deux fois dans le jour; la contraction des membranes de la vessie sur le cathéter causait une vive douleur en soustrayant l'urine; cette douleur durait une ou deux heures après. Les viscères intestinaux qui avaient toujours été libres se serrèrent; on employa l'huile de ricin pour les relâcher. Le 1er août, le cathéter fut enlevé, parce qu'il incommodait, mais du reste le malade était mieux; on fit couler l'urine le matin et le soir, et pendant la nuit on lui administra un lavement d'eau de son, avec trente gouttes de laudanum.

» Le 2, l'urine fut puisée deux fois dans le jour; il en coula à chaque fois douze onces : une si petite quantité montre que la sécrétion avait diminué au-dessous de la quantité naturelle.

» Le 3, on tira, le matin, seize onces d'urine, et le soir douze. La douleur occasionnée par la contraction de la vessie était diminuée; mais il y avait de si grandes douleurs dans les aines, que les chairs en étaient rouges.

» Le 4, le matin et le soir l'urine coula dans les mêmes proportions que la veille; le malade se plaignit d'une grande pros-

tration de forces; le pouls était vite et la peau chaude et sèche.

» Le 5, on tira dix-huit onces de liquide dans la matinée; mais la difficulté d'introduire l'instrument fut si grande, qu'on ne put le faire passer. Le soir, on administra un sel purgatif et le vin antimonial.

» Le 6, après midi, à une heure, on introduisit le cathéter, et il coula vingt-huit onces d'urine; avant l'opération, il en avait coulé sept naturellement.

» Le 7, il en rendit six onces naturellement; vingt-huit onces furent puisées.

» Les 8, 9, 10, l'instrument pénétra plus facilement; et, passé matin et soir, il fit couler quarante onces d'urine par jour.

» Le 11, douze onces le matin, et vingt le soir furent puisées; mais l'instrument alors causa une douleur plus sensible.

» Le 12, le cathéter ne put entrer sans stylet; il coula dix-huit onces d'urine, et l'instrument fut maintenu dans la vessie.

» Le 13, le cathéter ne causait pas beaucoup de douleur; on le laissa dans la vessie.

» Le 14, il réveilla tant de douleur, qu'il fallut l'ôter.

» Le 15, on eut besoin du stylet pour faire pénétrer l'instrument; quarante onces d'urines furent rendues, vingt-quatre le matin et seize le soir.

» Le 16, même quantité; depuis ce moment, le malade est devenu très-mal, et quoique l'urine fût puisée deux fois par jour, et que chaque fois il en coulât trente onces, il mourut le 20.

» A l'examen du cadavre, les reins se trouvèrent également altérés. Les deux bassinets contenaient un fluide purulent; les uretères avaient quatre fois leur dimension naturelle; la membrane interne était très enflammée, et les tuniques musculaires de la vessie étaient très-épaissies.

» Les lobes latéraux de la glande prostate étaient engorgés et durs dans leur tissu; le moyen lobe offrait peu de proéminence, mais la membrane qui le revêt était déchirée, abrasée par la pointe du cathéter, et la surface qu'avait parcourue l'instrument, se trouvait dans un état d'abrasion. On observait les mêmes traces dans la vessie, et, adhérents à sa surface, il y avait des filaments membraneux de lymphe coagulable, qui, dans peu de temps, se seraient encroûtés de matière calculeuse; et descendus dans l'urine, ils auraient suffi pour y former une pierre. » (Everard Home, *Traité des maladies de la prostate*, traduction française, page 209.)

Diagnostic des ulcérations de la prostate. A ce qu'on vient de lire plus haut, l'auteur anglais ajoute :

« Le signe le plus certain que m'ait fait connaître l'expérience sur l'état maladif de la prostate, est le mucus visqueux qui sort mêlé avec l'urine. Ce mucus, j'en suis convaincu, est produit entièrement par la glande; car toutes les fois qu'il coule abondamment, les fonctions de l'organe sont viciées. Si ce mucus vient à fluer dans tout autre cas, il dépend d'une inflammation quelle qu'en soit la cause; mais s'il ne cesse de couler pendant des mois entiers, sans qu'il y ait de l'abattement, quelle que soit la manière de vivre de l'individu, et quel que soit le traitement qu'on ait appliqué, il n'y a point de doute que la maladie sera longue, puisque son siége est dans la glande, soit que l'ulcération soit située sur la surface du moyen lobe, ou sur l'un des lobes latéraux, ou qu'elle soit dans la substance même de la glande. » (Everard Home, *lieu cité*, p. 167.)

M. Civiale discute ainsi le diagnostic :

« La plupart des symptômes propres aux maladies du col vésical ont été accolés aux ulcérations de la prostate. Mais, bien évidemment, ni les sensations du malade, ni les dépôts contenus dans l'urine, ni les écoulements par l'urètre, n'ont de caractère spécial et exclusif. Home accorde une grande valeur au mucus visqueux qui se mêle à l'urine, et dont il attribue la production à la glande malade; se fondant principalement sur l'analogie qu'il a remarquée entre la matière rendue pendant la vie et celle qu'on trouve, après la mort, dans l'urètre, ou même dans la prostate. Mais il ne s'est point occupé de chercher si cette matière s'était formée là, ou si elle y avait été seulement déposée. Or, ce qu'on ne doit

pas perdre de vue, c'est qu'en pareil cas le mucus ne paraît pas différer de celui qu'on observe dans les autres maladies de la prostate et dans plusieurs affections du corps et du col de la vessie. Parvînt-on d'ailleurs à établir qu'il existe une ulcération au col vésical, resterait à déterminer quels en sont le véritable siége et l'étendue ; ce qui est impraticable dans l'état présent de la science. On sait que Benevoli attribuait la rétention d'urine, dans certains cas, à l'ulcération du verumontanum. En accordant à cette assertion toute l'exactitude désirable, comment reconnaître que la crête urétrale est seule affectée ? » (Civiale, *lieu cité*, page 438.)

Suivant Home, le pronostic serait grave quand l'ulcération gagne en profondeur ; d'après M. Civiale le traitement reste impossible à conduire à cause de l'incertitude du diagnostic, et les faits manquent d'ailleurs pour servir de règle à cet égard.

ARTICLE VI.

Inflammation du verumontanum.

Nous décrivons comme une dépendance de la prostatite, ou comme une prostatite partielle, l'inflammation du verumontanum. Et pour justifier la place de cette description ici nous dirons avec Home :

« Comme c'est sur le verumontanum que les vaisseaux séminaux viennent s'ouvrir, et que partant il est environné de la substance de la glande prostate, j'ai pensé que c'était plutôt ici le lieu convenable de parler de ses altérations pathologiques, que dans les affections de l'urètre, quoique, à la rigueur, il ne soit pas plus dépendant de l'une que de l'autre. » (Home, *loco cit.*, p. 155.)

Home, qui le premier a consacré un chapitre à part à cette affection, la décrit sous le titre du verumontanum ; M. Civiale en parle en la désignant par ce terme plus complexe, et, par là même peut-être plus exact, de maladie de la crête urétrale. En effet, il n'est pas certain que toutes les lésions observées dans l'organe soient de nature phlegmasique. C'est, du reste, un sujet encore à peine ébauché et partant très-obscur.

Causes de l'inflammation du verumontanum. Quoi qu'il en soit, les causes assignées par Home à cette affection sont les suivantes :

« Dans un cas, elle fut produite chez un gentleman par une émission de semence qui eut lieu pendant qu'il trottait à cheval dans le Parc.

» Dans un autre, pour avoir resté longtemps avec des femmes et avoir été tourmenté par des érections continuelles.

» Chez un gentleman, qui, par suite d'un accident, eut une obstruction des conduits séminaux des deux testicules ; cette maladie fut produite par une promenade à cheval par un jour très-chaud.

» Cette affection survint chez un gentleman à la suite d'un engorgement de la prostate ; elle semblait tenir à une extension de l'inflammation, qui se serait portée de la surface de la membrane du moyen lobe de la prostate à cette partie. » (Home, *loco cit.*, p. 156.)

Dans le cas suivant, elle aurait été produite par l'épaississement des conduits éjaculateurs.

OBS. 1re. « *Irritation du verumontanum produite par l'épaississement des tissus qui enveloppent les vaisseaux séminaux.*

» A. B., dont l'âge était inconnu, se plaignait d'une douleur qui se faisait sentir vers le col de la vessie ; elle se prolongeait jusqu'au bout de la verge, et même dans le trajet de la vessie aux reins. Avec cela, les envies d'uriner étaient fréquentes. Ces symptômes se développèrent en très-peu de temps, et on les apaisa plus ou moins par des applications opiacées sur le gland, ou par des lavements calmants. Mais ces moyens ne procurèrent qu'un soulagement passager ; et le malade mourut par suite de la douleur constante que produisaient ces symptômes.

» En examinant les parties après la mort, on trouva que la prostate avait dégénéré à sa base en une tumeur dure, dans laquelle les vaisseaux séminaux étaient enveloppés ; et le troisième lobe de la prostate engorgé et déjeté dans la vessie, s'étendait plus en arrière que de coutume, en se portant sous la membrane de la vessie, entre les orifices des

uretères; si l'on soulevait cette membrane comme pour former une éminence, on voyait sur son sommet les uretères venir s'ouvrir transversalement avec leurs tuniques déployées. Derrière cette éminence il y avait une cavité, qui paraissait être seule, qui contenait de l'urine. La membrane interne de la vessie était très-enflammée et couverte de flocons de lymphe coagulable ; l'inflammation s'étendait le long de la membrane interne de l'urètre dans l'étendue d'un pouce environ. » (Home, *lieu cité*, p. 285.)

Voilà ce que dit Home de l'étiologie de l'inflammation ou de l'irritation du verumontanum, double dénomination qu'il donne à l'affection qu'il décrit.

La dernière cause est peut-être vraisemblable, bien qu'elle ne soit pas démontrée ; mais les autres ? Peut-on admettre qu'une promenade à cheval donne une inflammation du verumontanum ? Rien ne ressemble moins à la véritable observation, que ces vues hasardées en passant. M. Civiale pense comme nous.

« On a parlé des injections astringentes appliquées au traitement de la gonorrhée, de l'action des sondes et des bougies, des engorgements de la prostate, etc. Nous avons vu que celle des pierres vésicales n'est pas non plus sans portée. A côté de ces causes, que la raison admet, mais dont l'expérience n'a point déterminé l'influence, du moins en ce qui regarde les premières, on en cite d'autres qui tiennent presque du merveilleux. Ainsi, au dire de Home, la maladie aurait été déterminée par une longue promenade ou une course à cheval par des érections prolongées dues à la fréquentation des femmes, etc. On ne peut admettre de telles influences sans sortir des conditions d'une observation sévère ; évidemment il ne s'agissait là que de simples coïncidences. » (Civiale, *loco cit.*, p 257.)

Caractères anatomiques de l'inflammation du verumontanum. Ce que nous avons trouvé de plus curieux à cet égard, quoique la lésion ne soit pas assez explicitement décrite, c'est un fait de Lapeyronie. Un homme de trente ans eut une blennorrhagie qu'il traita mal, mais dont cependant il réussit à se guérir. Lorsqu'il remplissait les devoirs conjugaux, le sperme sortait lentement, à mesure que l'érection diminuait et surtout lorsque le malade se comprimait la verge. L'acte ne donnait que peu de plaisir. Cet homme mourut six ans plus tard d'une affection étrangère à l'urètre. On reconnut une cicatrice sur la partie du verumontanum qui regarde la vessie. Les ouvertures des conduits éjaculateurs étaient aussi tournées vers ce viscère, dans lequel pénétrait l'eau injectée par les vésicules séminales. Nous avons cité plus haut un cas de M. Mercier, qui rappelle celui-là : c'était chez un vieillard qui avait tous les phénomènes de l'éjaculation, moins l'éjaculation elle-même, c'est-à-dire l'émission du sperme au dehors ; ce liquide parut avoir pris le chemin de la vessie. Il n'y avait qu'une déformation hypertrophique du lobe moyen.

Home a trouvé une expansion membraneuse sur le verumontanum.

Obs. 2. « A... B. depuis l'âge de douze ans ne rendait ses urines qu'en petite quantité, et était plus long à vider sa vessie que les autres enfants. Lorsqu'il fut arrivé à l'âge de trente-cinq ans, ce symptôme augmenta beaucoup et l'obligea de recourir aux soins d'un chirurgien. L'usage des bougies lui fut prescrit ; une d'une grosseur ordinaire fut introduite dans la vessie, mais elle ne procura pas un grand soulagement. Après avoir employé pendant quelque temps les bougies, il se déclara de nouveaux symptômes ; il y eut une difficulté d'uriner ; il coula avec l'urine une quantité de mucus glaireux et gélatineux ; le malade éprouvait une chaleur constante, et une sensation incommode, qu'il rapportait précisément à la portion urétrale du col de la vessie ; il y avait de l'aggravation après l'émission de l'urine, et il restait dans les parties un sentiment si pénible, qu'il ne pouvait, tant qu'il se faisait sentir, vaquer à ses affaires. L'augmentation ne cessa pas, malgré tous les moyens que l'on mit en usage pour combattre le mal ; pas un n'eut d'effet sensible que les lavements opiacés ; ils procurèrent un bien passager ; mais lorsque la douleur revenait, loin d'être atténuée, elle n'en était que plus vio-

lente. Après des souffrances de sept années, allant de mal en pis, il mourut d'une affection intestinale. Ayant eu de fréquentes occasions de le voir et d'observer sa maladie, que je ne pus jamais guérir, ni parfaitement comprendre, je tenais à constater, par l'autopsie, la cause qui l'entretenait après l'avoir produite

» En examinant les parties après la mort, je ne trouvai point d'engorgement dans le corps ni dans les lobes de la prostate, ni d'affection de la vessie. Il y avait au verumontanum une expansion membraneuse que l'inflammation y avait développée; elle couvrait l'orifice des vaisseaux déférents, sans porter son extension au delà de cette partie. Il n'y avait point de rétrécissement de l'urètre. Comme c'était la seule partie qui eût éprouvé des changements de structure, j'en dus naturellement conclure que cette maladie était une inflammation du verumontanum; que la lymphe coagulable s'était répandue sur cette surface, et que si les parties n'en avaient pas toujours été couvertes, c'est que la surface avait toujours été dans un état d'irritation.

»Une si légère altération de la structure intime de l'organe, après une maladie de sept ans, démontre qu'une simple affection de cette partie peut occasionner des symptômes d'une nature grave et d'une durée longue. » (Home, *loco cit.*, p. 154.)

On a trouvé à l'Hôtel-Dieu de Paris le verumontanum du volume d'une grosse noix, chez un vieillard mort d'une rétention d'urine; mais il y avait en même temps plusieurs ulcérations profondes des organes urinaires, qui ne permirent pas de faire à l'affection de la crête urétrale sa part d'influence dans la production des symptômes. M. Civiale, qui cite ce fait, sans en indiquer la source, a observé l'atrophie ou la disparition complète de la crête urétrale par l'effet de la pression irritante d'un calcul logé dans la partie prostatique de l'urètre. Une fois il a rencontré la crête urétrale très-aplatie de droite à gauche et d'une dureté squirrheuse. Chez deux autres hommes, dont l'histoire lui est demeurée inconnue, le verumontanum était triplé de volume, et, dans l'un de ces cas, il était d'un rouge vif, dur et luisant. (V. Civiale, *Traité des maladies des organes génito-urinaires*, t. II, p. 236.)

Symptômes de l'inflammation du verumontanum. Une lésion si limitée d'un organe en apparence si peu important donnerait lieu à des accidents formidables, suivant Home.

« Les symptômes qu'elle produit se rapportent principalement au système nerveux local, et ne s'écartent pas ordinairement du point central du verumontanum; les sensations sont parfois d'une nature très-douloureuse, et se changent subitement en sensations atroces, cuisantes et déchirantes. Il est inouï tout ce que souffre un individu en pareil cas : il remplirait facilement un volume de ses souffrances; elles varient selon le mode de susceptibilité de chaque constitution particulière. Elles augmentent toujours dans la position assise et de station; elles ne sont supportables que lorsqu'on est couché horizontalement; mais elles ne se dissipent point. » (Home, *loc. cit.*, p. 153.)

Diagnostic de l'inflammation de la crête urétrale. D'après Home, cette maladie serait souvent prise pour l'effet d'un rétrécissement du canal de l'urètre, à cause du spasme qu'elle développe dans presque toute l'étendue de ce conduit, spasme qui s'oppose au passage de la bougie. Il est malheureux, dit le chirurgien anglais, de commettre cette erreur, car, dans un cas où il a vu employer la bougie, les symptômes devinrent plus violents qu'ils ne l'avaient déjà été.

M. Civiale, qui, ainsi que Home, pose en fait la difficulté du diagnostic, essaie au moins de la résoudre, et voici en quels termes il expose les moyens qui doivent conduire à ce résultat.

« En général, on ne parvient à s'éclairer que par voie de défalcation et par des explorations locales. J'ai précisé la portée de ces ressources : quand elles sont employées avec les précautions nécessaires, souvent elles suffisent pour établir le diagnostic; mais il y a des cas aussi où elles demeurent sans résultat.

» Comme dans la plupart des maladies

du col vésical, on doit s'attendre ici à trouver l'urètre fort irritable, soit vers le gland ou le milieu de la partie spongieuse, soit surtout au-dessous de l'arcade pubienne. Il est avantageux de chercher d'abord à modifier cette sensibilité par les moyens que j'ai indiqués : on peut ensuite introduire une sonde ou une bougie sans occasionner de fortes douleurs, sans provoquer des contractions spasmodiques de l'urètre ; on a la faculté d'explorer plus long-temps et avec plus de soin ; en un mot, on est moins exposé à se méprendre sur le point de départ des douleurs dont le malade se plaint, que quand on procède tout d'abord à l'exploration.

» Dès qu'on a obtenu la diminution de la sensibilité urétrale, on introduit à plusieurs reprises, soit le même jour, soit à des jours différents, selon le degré d'irritation, une bougie qui remplisse le canal sans le distendre. On la pousse jusqu'à la vessie, et, après l'avoir laissée séjourner pendant cinq minutes, on la retire. Il faut tenir note de ce que le malade éprouve au moment où son extrémité franchit la partie prostatique de l'urètre, et à mesure qu'elle pénètre dans le réservoir de l'urine. L'instrument rapporte quelquefois une sorte d'empreinte près de son extrémité vésicale, ou une déformation qui fournit d'utiles notions. Les empreintes ont une forme très-variable : tantôt on dirait que la bougie a butté contre un corps inégal, mamelonné, frangé ; tantôt son extrémité est refoulée de manière à former un tubercule ; quelquefois elle est tortillée. Ces déformations et ces empreintes peuvent résulter ou des saillies que la partie malade fait dans l'urètre, ou des déviations que le canal a éprouvées de leur part ; mais nous retrouvons ces particularités dans la plupart des lésions organiques de la vessie. La profondeur à laquelle a pénétré la bougie qui rapporte les empreintes indique approximativement si le mal existe à la crête urétrale ou plus loin ; donnée qui est ici d'une haute importance et que l'introduction du doigt dans le rectum contribue à préciser.

» Lorsque la bougie n'offre aucun renseignement, ou que ceux qu'elle donne sont insuffisants, on introduit une sonde d'argent, à faible courbure, et dès que le bout est parvenu à la crête urétrale, on cherche à s'assurer si cette saillie est plus volumineuse et plus dure que dans l'état normal. A défaut d'une saillie, qu'on parvient ordinairement à apprécier, soit avec la bougie, soit avec la sonde, on doit chercher s'il n'existe pas une dépression vers le milieu de la partie prostatique de l'urètre. Il importe encore de ne pas confondre une excavation de ce genre avec les effets d'un rebord transversal faisant, à l'orifice interne de l'urètre, une saillie de quelques lignes, et qui donne à cette partie prostatique une courbure pour ainsi dire à pic, circonstance sur laquelle j'appellerai plus loin l'attention.

» Dans tous les cas, le doigt placé dans le rectum doit suivre l'extrémité de la sonde. Il faut aussi avoir égard aux effets médiats et immédiats de ces explorations, par suite desquelles les souffrances des malades augmentent souvent, du moins pendant quelques heures. En général, la surexcitation qu'elles déterminent diminue ensuite peu à peu ; ce n'est que dans certains cas exceptionnels, et toujours très-graves par eux-mêmes, qu'elle persiste avec violence.

» J'ai eu quelquefois recours, pour reconnaître les lésions de la crête urétrale, et aussi les excavations de la partie prostatique de l'urètre, à la sonde exploratrice de Ducamp, dont j'avais soin alors de rendre la masse de substance emplastique aussi volumineuse que le permettait la capacité du canal. Toutefois qu'on emploie ce procédé, ou un autre quelconque, ce n'est souvent qu'après plusieurs tentatives qu'on obtient une empreinte propre à fournir quelques notions. Il ne faut donc pas craindre de multiplier les explorations, en ayant soin de les rendre aussi peu douloureuses et aussi inoffensives que possible.

» Malheureusement il n'est pas rare qu'elles laissent le praticien dans une complète incertitude sur la nature du mal. » (Civiale, *Traité prat. des malad. des organes génito-urinaires*. IIe part., p. 257.)

Complications de l'inflammation du verumontanum. Les complications les plus

fréquentes sont le spasme du col vésical, quelques autres états pathologiques de la vessie, ainsi que l'hypertrophie de la prostate.

Le *pronostic de l'inflammation du verumontanum* est grave, parce que la maladie cause de cruelles souffrances, parce qu'elle est longue et difficile à guérir.

Le *traitement de l'inflammation du verumontanum* réussit cependant quelquefois, ainsi que nous le verrons. Les lavements opiacés et les suppositoires de même nature procurent ici, d'après Home, aussi bien que dans les plus grandes affections nerveuses locales, un bien-être prompt et permanent, mais qui ne dure pas plus long-temps que l'action narcotique du médicament. En somme, le praticien anglais, qui a si souvent échoué par tous les moyens auxquels il a pu recourir, avoue qu'il n'en connaît point qui soit préférable ; ce qui signifie que le véritable traitement est encore à trouver. Cependant voici un cas où la maladie, entretenue par des hémorrhoïdes, disparut avec elles.

Obs. 3. « *Cas d'irritation du verumontanum entretenue par des hémorrhoïdes.*

» A. B., âgé de trente ans, immédiatement après avoir été en rapport avec une femme, monta à cheval pour un voyage, et bientôt après il ressentit au col de la vessie une sensation pulsative, violente et très-aiguë ; ayant uriné, il marcha environ une heure, et continua sa route jusqu'à ce qu'il eût besoin de verser encore de l'eau ; la sensation parut se porter au fondement. Au bout d'un mois, il y eut une évacuation muqueuse de la vessie. Les douleurs devinrent si intenses qu'on lui passa une petite bougie, qui fut maintenue quelque temps dans l'urètre. On en fit autant le jour suivant ; le malade ne sentit pas de picotements, mais les parties retombèrent dans l'état d'irritation. Les nerfs de cette partie de la prostate, par où passent les vaisseaux séminaux, furent dans une grande agitation, et le picotement se fit sentir jusqu'à l'extrémité du pénis. Le malade attribuait l'évacuation de la mucosité sortie de la vessie à la magnésie qu'il avait prise. Cette évacuation eut lieu seulement le matin en s'éveillant, au milieu de la plus grande souffrance. Il prit, contre cet accident, une petite dose de baume de copahu et d'esprit de nitre dulcifié (acide nitrique alcoolisé) ; mais le mouvement pulsatif résista ; il parut avoir versé de l'eau. C'était une sensation mêlée de picotement et d'engourdissement, assez analogue au fourmillement d'un pied endormi. Un jour elle fut très-peu sentie ; un autre elle se porta à la vessie ; elle était plus intense et provoquait la fréquence du besoin d'uriner et le spasme ; le jet d'urine en fut diminué, mais il n'y avait ni douleur, ni chaleur. Alors on recommanda les bains de mer ; ils furent sans succès. On appliqua des vésicatoires au périnée aussi souvent que les parties purent les supporter, mais ils ne produisirent aucun résultat favorable. Avant l'emploi des vésicatoires, le malade avait ressenti un fréquent chatouillement à l'anus, avec des sensations incommodes et désagréables ; mais, depuis l'action vésicante, l'irritation augmenta et produisit dans cette partie un sentiment de picotement qui s'étendait quelquefois à l'urètre et y suscitait des convulsions douloureuses, avec un grand spasme ou un tiraillement sur la partie vésicatoriée, d'où résultaient des selles douloureuses ; les nerfs des parties voisines étaient très-affectés. On proposa à cette période de la maladie l'application du sublimé corrosif à la partie antérieure de l'urètre, afin d'amener un écoulement, mais on ne réussit pas, et l'irritation qu'elle occasionna augmenta tous les symptômes. On appliqua un peu de teinture d'euphorbe sur le gland, qui l'enflamma légèrement ; mais au même instant il donna presque les résultats des vésicatoires du périnée. A cette époque, la principale incommodité était une irritation de l'anus et du rectum, qui se faisait sentir principalement après avoir été à la selle, occasionnant une sortie de ces parties, devenues le siége d'un sentiment de picotement intolérable. Dans cet état de souffrance, il était cruel pour le malade que l'opium lui fût contraire ; il l'excitait beaucoup, toutes les applications stimulantes l'avaient irrité et n'avaient pu provoquer d'écoulement. Il re-

connaissait que le siége des sensations était difficile à déterminer, mais il pensait bien que, dans une épreuve aussi crueller, il était le seul qui pût l'indique; dans ce cas, il les sentait d'arrière en avant, entre l'urètre et l'anus, et quelquefois s'élançant vers le gland. Les symptômes d'irritation de l'anus augmentèrent tellement que cette partie fut reconnue pour le siége du mal, et l'on se convainquit qu'il n'y avait point de rétrécissement de l'urètre, par l'introduction facile que l'on fit d'une bougie assez grosse, qui pénétra jusqu'au col de la vessie. Ce gentleman souffrait alors de cette cruelle affection depuis douze mois; éloigné de la ville, il me consultait par lettres. D'après les derniers détails, les symptômes étant devenus très-intenses vers l'anus, je lui témoignai le désir de le voir à Londres, afin de pouvoir m'assurer de l'état du rectum, et seulement alors je pouvais recommander un traitement nouveau. Il se rendit à la ville, et, en l'examinant, je trouvai qu'il avait des hémorrhoïdes en grande quantité, qui, selon toute probabilité, avaient acquis beaucoup de développement par les efforts qu'il avait habitude de faire lorsque le col de la vessie était dans un violent état d'irritation; elles avaient aussi augmenté par l'usage des bains chauds de siége, qu'on avait fréquemment administrés au commencement de la maladie; et même depuis, la douleur devint si forte, que les hémorrhoïdes, qui, dans le principe, n'étaient que symptomatiques d'une autre maladie, étaient alors devenues cause des symptômes; je dis au malade, plein de confiance en moi, que s'il voulait que je lui enlevàsse ses hémorrhoïdes, je diminuerais beaucoup ses souffrances, si même je n'emportais pas tout le mal. Il se soumit à cette opération, qui, dans l'état d'irritation où il se trouvait, fut très-douloureuse. Mais, après la guérison complète des parties, tous les symptômes qui l'avaient fait souffrir si atrocement pendant plus de douze mois, se dissipèrent entièrement. » (Home, *Traité des maladies de la prostate*, traduction française, p. 278.)

Quant à l'emploi de moyens chirurgicaux directs, il est d'une application fort difficile.

« En effet, dit M. Civiale, que le mal tienne à la destruction de la crête urétrale par une ulcération, à l'induration ou à l'épaissisement de cette saillie, à des productions morbides dans le voisinage de son insertion, même à une simple phlegmasie de la membrane qui le tapisse, sans nulle ulcération de texture, les ressources dont la chirurgie a disposé jusque dans ces derniers temps, ont été presque toujours insuffisantes. L'impossibilité de déterminer rigoureusement la maladie et d'en préciser l'étendue, a souvent fait admettre des lésions qui n'existaient pas, et dès lors il n'est pas surprenant que les résultats annoncés n'aient pu être obtenus dans des circonstances en apparence analogues. » (Civiale, *loc. cit.*, p. 240.)

Dans le cas suivant, si le diagnostic a été juste, la guérison a eu lieu par des moyens conseillés par M. Civiale lui-même.

Obs. 4. « *Irritation du verumontanum liée à l'engorgement de la glande prostate.*

» M. B., âgé de soixante-dix-neuf ans, depuis environ deux années commençait à sentir quelque inconvénient à uriner, et peu à peu cette incommodité augmenta au point de devenir douloureuse. Cette douleur était située vers le col de la vessie, et s'étendait à l'urètre en totalité. Quelque temps après, le moindre mouvement devenait très-incommode, et insensiblement le plus petit changement de position, soit qu'il se tînt debout, assis ou dans le lit, le tourmentait à l'excès. Son urine, en général, était naturelle en apparence, mais elle finit par se charger de mucosités, et, dans les deux dernières années, elle entraînait de petits calculs. Cette circonstance fit soupçonner une grosse pierre dans la vessie, mais M. B. s'opposa à tout examen. Cependant son long âge, la douleur qu'il souffrait, et qui souvent devenait cruelle, endurée avec patience, sa santé qui résistait, tout fut pris en considération, et l'on n'insista plus sur la nécessité du cathétérisme; mais, sans un tel moyen, il était impossible de s'assurer de la nature de la maladie. Enfin la nécessité urgente

d'uriner devint si fréquente, l'écoulement des urines si douloureux, et le moindre mouvement produisait des tourments si excessifs, d'où résultaient des insomnies et le trouble de toute son économie, qu'il fut obligé de se soumettre absolument à tout moyen capable de donner quelque soulagement, enfin il consentit à se laisser examiner.

» La sonde fut introduite, et l'on ne trouva rien dans la vessie; mais on éprouva une grande difficulté à faire pénétrer l'instrument. En approchant de la glande prostate, les parties présentèrent beaucoup de sensibilité, et, en passant le doigt par l'anus, la prostate offrit un engorgement considérable. D'abord, l'introduction de la sonde ou de la bougie ne put se faire qu'avec difficulté et provoquait un écoulement du sang goutte à goutte; mais l'usage continué de la bougie, dont on augmentait peu à peu la grosseur, écarta la difficulté d'introduction, et l'écoulement sanguin disparut tout à coup; mais il était aisé de voir à la bougie qui avait servi, que les parties se trouvaient dans un état d'abrasion.

Une fois la nature de la maladie reconnue, on employa tous les jours les bougies, qu'on maintenait dans l'urètre depuis dix minutes jusqu'à demi-heure chaque fois; ce traitement mit le malade en état de retenir ses urines un temps considérable, de les rendre avec plus de facilité et de changer de position avec presque point de douleur.

» Il y a huit jours, M. B. fut pris d'un catarrhe qui s'accompagnait d'une forte fièvre et d'une toux fréquente et incommode : il en résulta une exaspération de l'irritation du col de la vessie, de la douleur à rendre ses urines, et une douleur qui augmentait beaucoup au moindre mouvement du corps. Avant-hier et aujourd'hui la force et la fréquence du pouls ont beaucoup baissé et la toux est presque tout à fait tombée, et conséquemment la maladie urinaire est beaucoup moindre.

» Quant à l'indication générale, on eut égard particulièrement à l'état des intestins, et l'on donnait quelquefois l'huile de palma-christi ou de petites doses d'aloès de la Barbade. Lorsque la douleur du côté de la vessie était très-aiguë, on avait recours aux lavements émollients ou au bain chaud; quelquefois on donnait l'opium; mais, en général, les anodins s'accompagnaient d'effets presque nuisibles. Son urine, retenue quelque temps, avait une tendance à devenir alcaline et occasionnait plus de douleurs; mais l'usage interne de l'acide nitrique présentait pour cet accident un remède aisé et facile.

» M. B. a toujours conservé un bon appétit; il prenait pour boisson du vin de Madère ou de Sherry très-étendu d'eau.

» Le résultat de ce cas n'a pas été connu. » (Everard Home, *loc. cit.*, p. 285.)

ARTICLE VII.

Hypertrophie de la prostate.

L'hypertrophie de la prostate est un des points les plus importants de la pathologie des voies urinaires; aussi lui donnerons-nous tout le soin et la traiterons-nous avec tous les développements qu'elle mérite. Nous savons bien que les auteurs ne sont pas d'accord sur la nature de l'altération que présente le tissu de la glande dans cette affection; mais quelle que soit la solution de cette question, que nous discuterons plus loin, l'état morbide, qui fait le sujet de ce chapitre, n'en est pas moins généralement décrit sous le titre d'hypertrophie : nous le conservons.

Causes de l'hypertrophie de la prostate. L'âge exerce ici une grande influence; l'hypertrophie de la prostate est un des tristes apanages de la vieillesse. On a cherché à expliquer le fait. Everard Home attribue en grande partie cette influence de l'âge au retour pénible du sang à cette époque de la vie. Dès lors tout ce qui peut favoriser cette stase du sang dans le bassin, l'équitation par exemple, est une cause d'hypertrophie de la prostate. Everard Home ne se borne pas à signaler les effets de l'équitation, il les précise :

« Il est curieux et digne de remarque, ce sont ses propres paroles, que les cas dans lesquels le moyen lobe, aussi bien que les lobes latéraux, se sont portés en

grande partie dans la vessie, et ont acquis un grand accroissement, sont dus à l'abus que les malades ont fait de la promenade à cheval; et que, d'un autre côté, les cas dans lesquels le lobe moyen (l'engorgement étant assez considérable pour produire la rétention d'urine) est demeuré stationnaire, ou presque tel, jusqu'à la mort de l'individu; ces cas, dis-je, ont été compliqués de rétrécissement du canal de l'urètre, sans jamais avoir été entièrement guéris, mais seulement palliés de temps en temps par l'usage des petites bougies. J'ai eu si souvent occasion d'observer le fait, que je ne puis nullement douter de cette remarque. » (Home, etc.)

Bien que l'hypertrophie prostatique appartienne réellement à la vieillesse, l'enfance n'en est cependant pas tout à fait exempte. Un enfant de trois ans avait la pierre; il fut opéré par la méthode recto-vésicale; mais, la vessie ouverte, il fut impossible d'y découvrir le calcul; le malade, déjà épuisé par de longues souffrances et fatigué par des recherches aussi douloureuses qu'inutiles, mourut au bout de dix heures. « On a trouvé, à l'autopsie, un calcul arrondi du volume d'une fève ordinaire, caché vers un des côtés de la prostate, entre les plis de la tunique muqueuse de la vessie et les fibres musculaires sous-jacentes. La pierre était entourée dans les deux tiers de son étendue par une fausse membrane qui semblait une production, ou, pour mieux dire, un prolongement de la membrane muqueuse elle-même. La prostate était hypertrophiée, avait perdu sa couleur normale et acquis une grande consistance. L'urètre était dans ce point considérablement induré, presque cartilagineux; il est bon d'ajouter que le cathétérisme avait toujours été facile. » (Marini, *Il raccoglitore medico*, 1839, et *Gazette médicale*, 1840, p. 92.)

A. Cooper parle également d'un enfant qui avait présenté les symptômes de la pierre, et qui, ayant succombé à une cystite causée par le cathétérisme explorateur, offrit à l'autopsie, au lieu d'un calcul, une hypertrophie de la prostate. Cet enfant allait être taillé. Charles Bell a observé une tumeur prostatique chez un jeune homme; M. Civiale a vu le même fait chez deux sujets peu avancés en âge; dont un, à la vérité, était calculeux. Mais ce soin mis à compter les exceptions n'en démontre-t-il pas l'extrême rareté! M. Civiale a même remarqué que dans cet âge la prostate est plutôt exposée à une altération opposée, à l'atrophie, dans le cas surtout où la vessie fonctionne mal, où l'urine ne sort que par regorgement.

L'hypertrophie de la prostate est tellement sous la dépendance de l'âge, que M. Mercier la regarde comme la conséquence inévitable d'une longue vie. « Dès qu'un homme a dépassé cinquante ans, on peut, dit-il, être presque certain que la prostate a augmenté de volume; car il est très-rare que chez les vieillards cet organe soit resté ce qu'il était pendant l'âge adulte, plus rare encore qu'il diminue. Cette dernière circonstance ne s'est offerte qu'une seule fois à mon observation d'une manière un peu marquée. Les portions latérales étaient tellement petites que je crus d'abord qu'elles n'existaient pas; cependant, avec de l'attention, je pus m'assurer que la glande avait de chaque côté de l'urètre environ 8 millimètres d'épaisseur. Eh bien! chez ce vieillard, sur cette prostate si peu développée, la portion sus-montanale (moyenne des auteurs) s'était accrue au point de former du côté de la vessie une tumeur du volume d'une noix, d'oblitérer l'orifice de l'urètre et de causer la rétention d'urine. Aussi cette tuméfaction partielle me porterait-elle à croire que le peu de volume des lobes latéraux tenait plutôt à un défaut originel de développement qu'à une atrophie accidentelle. » (Mercier, *Maladies des organes génitaux et urinaires chez les hommes âgés*, p. 145.)

C'était donc un véritable contre-sens qu'exprimait de Graaf en disant que la prostate s'atrophiait avec l'âge; c'est que cet auteur, au lieu de donner le résultat de l'observation, s'en tenait à celui d'une fausse analogie; considérant la prostate comme un organe de la génération, il avait cru qu'il devait s'atrophier quand le temps de cette fonction était passé.

Suivant M. Mercier, le tempérament lymphatique prédispose à l'hypertrophie

de la prostate, comme on rencontre souvent d'autres maladies des organes urinaires chez des sujets obèses, chez des vieillards qui ont en même temps des varices, des varicocèles.

Desault dit que l'affection dont il s'agit est quelquefois l'effet caché d'une disposition scrofuleuse, et Sœmmering va plus loin ; dans son *Traité des maladies de la vessie et de l'urètre des vieillards*, p. 160, il a consacré un chapitre à l'état scrofuleux de la prostate ; mais ces auteurs ne donnent aucun fait concluant en faveur de leur opinion. Nous ne prétendons pas que l'influence de la scrofule soit nulle sur la prostate, mais nous voulons dire qu'elle est étrangère à l'hypertrophie sénile de cette glande. C'est pourtant là un jugement qui demande de la réserve ; quoique les observations de Scarpa ne soient pas nettes, qu'elles pèchent par la grave omission de l'indication de l'âge des malades, il ne faudrait pas se hâter de se prononcer contre un homme de cette valeur ; si les éléments de son opinion sont incomplétement exposés, cela ne peut-il pas être plutôt une faute de description que d'observation ? Quant au régime, on a noté que les enfants de la joie, comme dit J.-L. Petit, qui s'oublient facilement à table étaient souvent affectés de l'hypertrophie sénile de la prostate. M. Mercier pense que chez eux la position a au moins autant de part que les aliments dans la production de la maladie, dans la station assise le bassin restant déclive ; mais il ne faut pas accepter sans réserve cette influence de l'attitude ; car, à ce compte, il n'y aurait que ceux qui resteraient couchés qui en seraient préservés. Pour donner à l'idée sa justesse, il faut ajouter que le défaut d'exercice entrave la circulation.

C'est ce que démontrent les professions où le fait se retrouve avec plus de netteté, parce qu'il est mieux isolé ; ainsi, dans les hôpitaux, c'est-à-dire dans cette classe de malades où l'on ne saurait rien mettre sur le compte d'un régime trop succulent, c'est encore dans les professions qui condamnent à l'attitude assise, que l'hypertrophie se montre avec le plus de fréquence et d'intensité. C'est au point que les cordonniers figurent pour les deux tiers dans les observations de M. Mercier. Après les cordonniers, viennent les portiers, les tailleurs, les tisserands, etc.

Ceux qui ont l'habitude de rester longtemps debout dans leur travail, les serruriers, les menuisiers, les sabotiers, etc., ne sont cependant pas à l'abri de cette maladie. En sorte que l'immobilité dans l'attitude assise ou verticale devrait être considérée comme ayant une portée toute spéciale dans l'étiologie qui nous occupe.

Si les circonstances, qui s'opposent au retour du sang de la région prostatique, disposent incontestablement à l'hypertrophie de la glande, est-il moins évident que tout ce qui y appelle le liquide doit avoir le même résultat ; tel est l'usage fréquent et surtout abusif des plaisirs de l'amour. A. Cooper signale cette cause chez des vieillards qui s'obstinent à tirer de la nature plus qu'elle ne peut donner, à la forcer. Parmi les arguments avec lesquels M. Mercier combat cette doctrine, il dit : « Un fait qui ne s'accorderait guère avec l'assertion dont il s'agit, c'est que les hommes qui s'adonnent fortement aux travaux de cabinet sont plus exposés que les autres à être affectés pendant leur vieillesse, de maladies des voies urinaires, chacun le sait ; or, la nullité de la plupart de ces hommes en amour n'est-elle pas une vérité pour ainsi dire proverbiale ? » (Mercier, *Maladies des organes urinaires et génit.* p. 182.)

Voici comment M. Vidal de Cassis attaque cette opinion :

« Je dirai que je ne partage point l'opinion de M. Mercier sur l'abstinence des gens de lettres ; au lieu de croire qu'ils laissent languir leurs organes génitaux, j'ai la conviction qu'ils en font trop souvent un grand abus. Croyez bien que souvent ceux qui s'abstiennent sont ceux qui ont le plus abusé. Ainsi, les arguments que M. Mercier puise dans l'âge et dans les professions ne me semblent pas péremptoires. Si on veut trouver les hommes qui abusent le moins des organes génitaux, il faut les chercher dans la campagne, loin des objets qui font naître les désirs vénériens ; là, vous rencon-

trerez aussi très-peu de rétentions d'urine. Je connais des villages où l'on n'a jamais observé de blennorrhagie (excepté chez les marins). Dans ces villages, il y a des médecins qui ne se sont jamais servis de la sonde. La misère qui oblige ces malheureux paysans à une lutte perpétuelle avec une terre ingrate, les détourne de l'idée qui porte aux plaisirs vénériens, et comme ils ne les savourent pas souvent ou qu'ils les puisent à des sources pures, ils n'en ont pas les amertumes. Ceci paraîtra peut-être un peu trop naïvement pastoral ; mais, c'est ainsi, du moins c'était ainsi. Ce sont même ces souvenirs qui ont beaucoup contribué à me faire adopter l'opinion de J.-L. Petit, qui faisait jouer un très-grand rôle à la vérole dans la production des gonflements prostatiques. » (Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, t. v, p. 432.)

Nous nous rangeons complétement à l'avis de M. Vidal de Cassis ; nous ne connaissons qu'une sorte d'hommes qui s'occupe plus des femmes que ceux qui se livrent aux travaux de cabinet, ce sont ceux qui se livrent à l'oisiveté, ou qui n'ont de profession que le plaisir. Et toutes ces maladies sont infiniment plus rares à la campagne que M. Mercier ne se l'imagine ; voici d'ailleurs un fait opposé à son opinion ; le libertinage paraît avoir amené l'hypertrophie de la prostate.

Obs. 1re. « Un gentleman, âgé de soixante-dix-huit ans, qui avait mené une vie très-dissolue, éprouva pendant quelques années de la difficulté à rendre ses urines, et il en sentait très-souvent le besoin. Dans le cours de trois ans, ces symptômes firent des progrès ; ils s'accompagnaient de douleur ; et il sortait une matière jaunâtre, qui teignait son linge. L'année suivante il y eut une rétention complète pour laquelle je fus consulté. Je proposai le cathétérisme, convaincu que c'était le seul moyen de donner du soulagement ; on ne se rendit pas à cette proposition sans difficulté. Je glissai une sonde de gomme élastique sur un mandrin de fer auquel j'avais donné la courbure nécessaire, et je parvins à l'introduire dans la vessie, d'où il sortit environ une pinte d'urine. Le cathéter fut introduit de nouveau le même soir, et le jour suivant on l'introduisit trois fois. Depuis ce temps on sonda régulièrement tous les jours, à huit heures du matin, à quatre heures de l'après-midi et à onze heures du soir.

» Dès le moment que le cathéter put passer facilement, les symptômes s'amendèrent. Le patient eut la force d'aller et de venir aux alentours de la maison ; il était dans une heureuse disposition d'esprit, et, en apparence, il jouissait d'une aussi bonne santé qu'avant.

» La sonde, qui d'abord n'avait pu pénétrer qu'avec le stylet, peu de jours après, passa fréquemment sans soutien. Il arrivait que l'instrument rencontrait quelquefois un léger embarras vers le col de la vessie ; alors le peu de difficulté qu'on trouvait était suivi d'une évacuation de mucus gluant qui coulait confondu avec l'urine. La quantité d'urine rendue le matin, au moyen du cathéter, était d'environ dix onces (le malade était resté couché horizontalement), et de huit onces dans l'après-midi et dans la soirée. Il ne rendit jamais d'urine tant que cette quantité n'était pas accumulée dans la vessie, et alors le surplus était rendu petit à petit, même sans douleur.

» Trois mois après, je fus consulté. Un soir il fut saisi par le froid, et l'instrument rencontra beaucoup de difficulté. Cet accès de froid n'eut plus de retour, et un ou deux jours après, la sonde passa facilement ; mais, depuis ce temps, l'urine gardée dans la vessie allait jusqu'à douze onces du soir au matin, jusqu'à dix dans le jour. A cette époque il était en état de se sonder lui-même, et continua de le faire.

» L'année suivante sa vessie devint si irritable qu'il éprouvait un grand malaise, quelque peu d'urine qu'elle contînt. Alors il se décida à se laisser sonder six ou sept fois par jour ; mais comme il continuait à devenir plus mal, il voulut me consulter encore. Une sonde de gomme élastique fut contenue dans la vessie, et il lui fut prescrit de garder le lit. Dans peu de jours la vessie perdit de son irritabilité ; le malade put quitter le lit, et son do-

mestique dut le sonder trois fois par jour, comme il le faisait auparavant.

» Au bout de deux ans, il fut pris d'une maladie des intestins dont il mourut en peu de jours.

» A l'examen du cadavre, on trouva la membrane interne de la vessie légèrement enflammée, le moyen lobe de la prostate était engorgé, et nulle autre partie n'offrait rien de malade. » (Everard Home, *Traité des maladies de la prostate*, traduction française, p. 106.)

Après avoir étudié l'influence de la physiologie de la région, examinons celle des maladies des organes contigus, notamment de la vessie et de l'urètre.

La coïncidence des calculs urinaires avec l'hypertrophie de la prostate chez les vieillards est d'une fréquence reconnue de tous. Ce qui fait question, c'est l'interprétation qu'elle doit recevoir. M. Amussat (*Leçons sur les rétentions d'urine*, p. 208. 1852) et M. Leroy-d'Étiolles (*De la lithotritie*, p. 101) attribuent le développement morbide de la prostate à l'irritation mécanique produite sur cette glande par le calcul. Si l'on se rappelle qu'on a trouvé (Home) chez un homme de trente-cinq ans des pierres vésicales avec une hypertrophie de la prostate, on sera porté à adopter cette opinion ; d'un autre côté, comme on a rencontré cette hypertrophie seule, sans pierre, chez les enfants, on se sent presque condamné à l'incertitude. Cependant il est impossible de refuser toute influence à cet égard aux concrétions urinaires qui se trouvent en contact avec la prostate, l'engorgent et y entretiennent ce stimulus qui engendre l'hypertrophie.

M. Civiale traite très-bien ce point :

« L'irritation occasionnée par la présence d'un calcul est une des plus puissantes, sans contredit, celle dont on a le moins de peine à saisir l'action, celle que je crois par conséquent devoir placer en première ligne. Dans ce cas, c'est le corps ou moyen lobe de la prostate, correspondant à l'orifice vésical de l'urètre, qui se trouve atteint le plus souvent. On se rend aisément raison des effets que la pierre produit alors : il suffit de se rappeler les frottements, les titillations que le corps étranger exerce sans cesse sur l'orifice interne de l'urètre qu'entoure la glande, soit pendant la marche ou tout autre mouvement, soit à la fin de chaque émission d'urine. Toutefois il ne sera pas inutile de faire remarquer que l'influence du calcul dans la production des maladies de la prostate, n'est pas constamment aussi directe qu'on pourrait le supposer. D'ailleurs, ce n'est pas toujours la partie de la glande exposée au contact immédiat de la pierre qui s'affecte le plus, et parfois elle ne porte aucune trace de lésion, tandis que les parties profondes ont subi de graves altérations. En effet, si l'on trouve souvent des lésions graves à l'orifice interne de l'urètre et à la région postérieure du corps de la prostate, seule partie que puisse atteindre directement un calcul libre et flottant, il n'est pas rare non plus d'en rencontrer dans la portion de la glande qui circonscrit le canal, au voisinage de la crête urétrale et à l'orifice tant des canaux éjaculateurs que des conduits excréteurs ; on en découvre quelquefois aussi dans l'épaisseur des lobes latéraux, qui sont à l'abri de l'action immédiate du corps étranger. Il ne s'ensuit pas de là, comme on l'a prétendu, que l'influence de l'affection calculeuse doive être révoquée en doute ; tout ce qu'il est permis d'en conclure, c'est que cette influence ne s'exerce pas constamment d'une manière directe, qu'elle peut même ne point avoir lieu. Or personne n'ignore que dans toute maladie quelconque les causes, même les plus puissantes, ne déterminent pas toujours les effets qu'on est accoutumé de leur voir produire, et qu'il n'est pas non plus absolument indispensable que leur action porte directement sur l'organe dans lequel ces effets doivent se manifester. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*.)

En adoptant la thèse développée par M. Civiale, voulons-nous dire par là que l'effet qu'il signale ne soit pas cause en certains cas? Non, sans doute ; nous savons que tout ce qui fait produire la stagnation de l'urine dans son réservoir favorise le dépôt de ses sels et con-

séquemment la formation de calculs; nous savons encore que des tumeurs rugueuses de la prostate ont déterminé la même précipitation des sels urinaires et ont été trouvées comme incrustées de matière calculeuse (Chopart, t. II, p. 283). Que conclure en définitive? que ces deux causes sont réelles et peuvent agir chacune dans un certain nombre de cas, un calcul occasionne l'hypertrophie prostatique, l'hypertrophie la formation des calculs.

Les sondes à demeure, les blessures de la prostate par le cathéter ont été accusées d'amener l'hypertrophie de cette glande.

On avait admis l'influence de la blennorrhée et des rétrécissements de l'urètre, MM. Civiale et Mercier la nient.

Voici comment M. Vidal de Cassis discute ce point en touchant à plusieurs autres :

« M. Mercier nie aussi l'influence des rétrécissements sur la production des hypertrophies de la prostate. Selon lui, ils auraient même un effet contraire. Voici ce qui se passe d'après cet auteur : le rétrécissement arrête l'urine sur un point qui est antérieur à la portion prostatique de ce canal ; l'urine s'accumule dans cette dernière portion et exerce une compression excentrique sur la glande, qui voit ainsi diminuer sa nutrition comme tout organe comprimé. Mais M. Mercier avouera qu'il n'y a rien de plus rare que l'atrophie de la prostate, il ne cite même qu'un fait bien avéré de diminution de la nutrition, ce qui prouve que sa théorie n'est pas étayée sur des faits, ce qui prouve surtout la tendance de cet auteur à invoquer les causes mécaniques dans l'explication des effets qu'il observe. M. Mercier nie encore l'influence des calculs sur la production de l'hypertrophie. Ici il se trouve d'accord avec M. Civiale, qui cependant est moins absolu. Un grand fait signalé par M. Mercier, qui aurait une grande portée thérapeutique, si des observations confirmatives se multipliaient, c'est l'atrophie de la prostate qui serait la suite des tailles prostatiques, et surtout le peu de disposition qu'a la glande à s'enflammer ou du moins à conserver l'inflammation après les incisions qu'on pratique sur son tissu. En même temps que ce fait serait favorable aux tailles prostatiques, il nous enhardirait à tenter sur cette glande des opérations qui pourraient rendre moins fréquemment mortels les cas de tumeurs, d'hypertrophie de cette glande. Je reviendrai sur cette idée. » (Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, t. V, p. 433. 1841.)

M. Mercier, après avoir passé en revue l'étiologie généralement reçue pour l'hypertrophie de la prostate, termine en disant :

« En résumé, de toutes les causes d'inflammation admises par les auteurs, il n'en est aucune dont le rôle soit démontré, et la thérapeutique qui découlait naturellement de leur opinion doit être réprouvée comme débilitant les malades, sans apporter le moindre changement dans l'excrétion urinaire. » (Mercier, *loco cit.*, p. 214.)

M. Mercier rapporte ainsi tout à l'influence de l'âge; voyons comment M. Vidal envisage la question.

« Selon l'auteur que je viens de citer, l'hypertrophie de la prostate ne serait pas, à la rigueur, une maladie, mais une dernière période de l'évolution de cet organe, ou, si on aime mieux, un état sénile. On sait qu'il est des physiologistes qui ont aussi considéré les ossifications artérielles comme un état physiologique et non comme un état morbide. Les mêmes arguments qui ont été dirigés contre cette dernière opinion, sont contre celle qui fait jouer à l'âge un rôle trop absolu dans les tuméfactions de la prostate. Personne maintenant, surtout depuis les travaux de M. Mercier, personne ne nie la tendance de la prostate à prendre un plus grand développement quand la vieillesse arrive ; mais, pour que ce développement constitue une maladie, c'est-à-dire pour qu'il gêne une fonction des plus importantes, il faut, dans le plus grand nombre des cas, la participation d'une cause morbide, laquelle cause peut, à elle seule, faire naître l'hypertrophie. Il est très-vrai qu'il y a des hypertrophies des glandes amygdales, qui sont primitivement physiologiques, qui même ne peuvent être attribuées à un

usage immodéré et trop long-temps continué de ces organes, puisqu'on observe de ces hypertrophies chez des enfants en bas âge ; mais il n'en est pas moins vrai qu'il est une infinité de ces développements glandulaires qui reconnaissent pour cause des angines souvent répétées, angines qui se reproduisent ensuite d'autant plus fréquemment que l'hypertrophie est plus considérable. Ainsi, les causes, les effets s'enchaînent et forment ce cercle vicieux si fatal en pathologie.

» Je ferai, si l'on veut, une beaucoup plus grande part à l'âge, dans la production des hypertrophies prostatiques ; cependant je resterai dans les limites, qui, selon moi, ont trop souvent été franchies par M. Mercier. Il est vrai que cet auteur parle avec beaucoup de faits, mais comme dans son livre, il n'y a pas mal de raisonnements, pas mal d'hypothèses (ce en quoi je le loue), je suis à mon aise avec lui. Quoique M. Mercier fasse le plus grand cas des causes, il lui est arrivé cependant ce qui arrive si souvent aux anatomo-pathologistes. Ils s'arrêtent trop aux résultats et ne suivent pas assez la filiation étiologique. Ainsi, souvent M. Mercier a été conduit à nier l'influence de l'inflammation dans la production des hypertrophies, parce qu'il n'a pas trouvé des traces ou parce que les caractères de la phlegmasie n'étaient pas assez tranchés. M. Mercier avance, comme d'ailleurs on l'avait déjà fait, que c'est chez les vieillards, chez les hommes de lettres qu'on observe le plus fréquemment les maladies de la prostate. Or, dit-il, la vieillesse est l'âge de repos, surtout pour les organes de la génération, et les hommes de lettres font peu l'amour ; ce n'est donc pas à l'exercice immodéré des fonctions génitales, et aux maladies qui en sont la conséquence, qu'on peut attribuer les maladies de la prostate. Mais on peut répondre à M. Mercier ceci : Pour qu'une hypertrophie de la prostate devienne une cause de rétention d'urine, et même pour qu'elle produise des effets qui portent le malade à s'en plaindre, il faut du temps et même un long-temps; eh bien ! c'est cet espace qui existe entre l'action de la cause et la production des effets bien sensibles, c'est cet intervalle qui n'aura pas toujours été noté dans les appréciations de M. Mercier. Je connais des femmes qui ont des engorgements du col de l'utérus, en tout semblables à certains engorgements de la prostate, engorgements ayant pour première origine un avortement ; eh bien ! ce n'est que dix ans après cet accident qu'elles se plaignent des effets de ces engorgements, c'est-à-dire quand ces effets deviennent des maladies ou des incommodités bien prononcées. Il faut souvent plusieurs interrogatoires pour faire accuser la vraie cause par ces femmes. Que de fois des chaudes-pisses sont oubliées, niées quand on arrive à l'interrogatoire! C'est cependant là un point de départ fréquent des gonflements prostatiques de l'urètre ; l'inflammation se retranche dans la prostate ; là, sévissant sur une substance glandulaire, elle s'y perpétue, s'y transforme quelquefois, ou s'y éteint, mais après avoir fait naître l'hypertrophie, du moins on ne trouve aucune trace de l'inflammation sur la muqueuse de l'urètre qui traverse la glande, ce qui cependant ne prouve pas qu'elle n'ait pas existé; car il peut arriver là ce qu'on observe sur certains points du tube digestif. L'inflammation de la membrane muqueuse, après avoir fait naître l'hypertrophie des tissus sous-jacents et même après les avoir fait dégénérer, cette inflammation disparaît, et on trouve, sous une membrane muqueuse saine, une induration simple ou squirrheuse ; la même membrane qui tapisse les glandes amygdales hypertrophiées, n'est-elle pas le plus souvent parfaitement saine? » (Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, t. v, p. 450, 1841.)

L'action du virus syphilitique sur la prostate a été professée par J.-L. Petit, Desault et un grand nombre d'autres pathologistes ; mais elle est loin d'être démontrée, et à cet égard nous sommes pleinement de l'avis de M. Mercier.

Caractères anatomiques de l'hypertrophie de la prostate. M. Mercier distingue deux sortes d'hypertrophie fondées seulement sur la consistance de la prostate qui est molle dans l'une et dure dans l'autre. Cette division sera notre point

de départ pour examiner les caractères généraux de la prostate hypertrophiée, et nous commencerons ainsi par la consistance.

Dans la première espèce, où la glande est molle, son tissu cède facilement à la pression des doigts, en produisant une sensation d'élasticité; on sent même alors, suivant M. Mercier, qu'il n'est pas un tissu homogène, mais une agglomération de granulations, arrondies ou ovalaires, ayant souvent le volume de grains de raisin; avec un peu de précautions on peut isoler ces granulations, les énucléer, pour ainsi dire, de manière qu'elles n'adhèrent plus que par un pédicule probablement formé par les vaisseaux et les nerfs. Chaque granulation paraît alors lisse et blanche extérieurement, tandis que, si on la coupe par le milieu, on la trouve entièrement constituée d'un tissu aréolaire, spongieux comme de la moelle de jonc, comparaison que M. Cruveilhier applique au tissu glanduleux à l'état normal. Ces aréoles, capables de recevoir un grain de millet, sont remplies d'un liquide lactescent, semblable à celui que la compression de la prostate fait suinter dans l'urètre autour du verumontanum. Quelquefois ce liquide est d'un brun jaunâtre, ce qui donne à la coupe une couleur plus foncée. Nous verrons plus loin que c'est ce liquide qui fournit probablement les calculs prostatiques. Cette liqueur est bien moins abondante dans la seconde espèce.

Dans la seconde espèce, dans celle qui se caractérise par la dureté du tissu, la glande offre en général plus d'irrégularité que dans la première. Elle résiste à la pression d'une manière bien plus prononcée, et l'on ne sent pas les granulations centrales; la glande crie sous le scalpel comme une couche lardacée; on dit même qu'on a vu sa consistance tenir le milieu entre celle du ligament et celle du cartilage (Morgagni, *Epist.*, sect. I, art. 15.); Sœmmering l'a trouvée aussi dure qu'un os (Sœmmering, *loco cit.*, p. 151.). Le tissu glanduleux est d'une teinte blanche, sans homogénéité parfaite. Les granulations, quoique moins volumineuses que dans les engorgements mous, sont assez faciles à isoler. Les cloisons qui les séparent sont formées par une lame de tissu fibro-celluleuse assez épaisse. La section qu'on y pratique n'est jamais unie, parce que chaque granulation est poussée par son élasticité au-dessus du niveau des cloisons qui la séparent.

Dans les engorgements mous, cette élasticité est moins marquée : ce qui s'explique très-bien, dit M. Mercier, en admettant que le tissu, qui forme la charpente de la prostate, oppose peu de résistance à l'expansion de la partie glanduleuse.

Dans les engorgements durs, on ne voit qu'en y regardant de très-près les aréoles ou les vaisseaux d'où le liquide s'écoule; c'est la règle; mais quelquefois ces cavités sont plus larges, et Morgagni (*Epist.* XLIV, art. 19) a trouvé une cavité qui avait la grandeur et la forme d'un grain de raisin. M. Mercier regarde ce kyste comme l'aréole primitive dilatée par suite de l'oblitération de son canal excréteur, ce serait alors, qu'on nous passe le mot, une sorte de tanne de la prostate.

Du reste, selon ce dernier observateur, que la tuméfaction prostatique soit molle ou dure, le fluide sécrété par les glandes n'est pas plus visqueux qu'à l'état normal. Howship et Home avaient avancé le contraire.

Quant au volume de la prostate hypertrophiée, il faut nécessairement le considérer séparément dans le cas où la tuméfaction est générale, et dans ceux où elle est partielle. Dans le premier, la glande peut doubler, tripler, quintupler de volume, ainsi que l'a observé M. Cruveilhier. J.-L. Petit l'a vue de la grosseur du poing (*Malad. chirurgic.*, p. 760, édit. de 1837). Suivant Sœmmering (*Phys. and medical journal*, 1802), Ed. Ford en a rencontré une du poids de 300 grammes; enfin, comme pour montrer que chez un esprit peu sévère l'exagération n'est pas même arrêtée par l'impossible, Bartholin assure (*Hist.*, cent. 1, *hist.* 1) avoir trouvé une prostate grosse comme une tête d'homme; il ne s'aperçoit pas que le bassin n'eût pas pu la contenir.

La forme de la tumeur constituée par

la prostate, n'a rien de bien constant. Tantôt la proéminence principale se prononce vers le rectum, tantôt sur les côtés; ailleurs c'est vers l'urètre, mais c'est dans la vessie que la tumeur fait le plus souvent relief par trois saillies correspondant aux lobes latéraux et à la partie moyenne postérieure du corps de la glande.

« Lorsqu'on examine la prostate après l'avoir dépouillée des tissus qui l'enveloppent on voit, du côté du rectum, une saillie dont le plus grand diamètre est transversal, et qui, presque toujours, présente à son milieu, d'avant en arrière, une gouttière large, mais peu profonde. C'est dans cette gouttière que se trouvait logé le rectum. Quand elle manque, ou qu'elle est peu sensible, il existe presque toujours, entre l'intestin et la prostate, une couche épaisse de tissu cellulaire induré, sur laquelle je reviendrai en traitant du diagnostic. A la face antérieure, ou du côté du pubis, la tumeur est plus irrégulière; tantôt on aperçoit une surface uniformément arrondie, tantôt aussi les lobes latéraux font saillie, et l'intervalle qui les sépare offre une véritable dépression. Par les côtés, cette tumeur est assez souvent régulière; mais elle a plus d'étendue d'avant en arrière que latéralement. J'ai quelquefois vu l'un ou l'autre lobe latéral, et même tous les deux, envoyer en haut et en arrière un prolongement tel qu'on pouvait le sentir en palpant extérieurement la région hypogastrique. C'est surtout du côté de l'urètre et de la vessie qu'on remarque les proéminences que font soit les lobes latéraux, soit le corps de la glande, comme je le dirai plus amplement en décrivant les tuméfactions partielles de cette dernière. » (Civiale, *lieu cité*, p. 262.)

D'après M. Mercier, la forme de l'enceinte, qui renferme la prostate, déterminerait en quelque sorte celle que prend cette glande en se développant, se prononçant vers les points où elle ne rencontre point de résistance, s'arrêtant dans d'autres contre un obstacle inflexible.

« Cette glande, dit M. Mercier, se trouvant arrêtée en bas par le muscle pelvien et par l'aponévrose moyenne du périnée, et en avant par la symphyse pubienne, c'est surtout en haut et en arrière qu'elle se porte dans son développement.

» Dans ce cas, les lobes latéraux s'accroissent dans tous les sens, et surtout en haut; j'en dirai autant de la portion sus-montanale; mais, en outre, celle-ci s'avance au-dessus de l'urètre, et il est rare qu'elle ne s'élève pas un peu au-dessus du niveau de la partie la plus élevée des lobes latéraux. Parfois alors le col de la vessie se trouve comme soulevé dans toute sa circonférence, de manière à former un bourrelet tout autour de l'orifice urétral. Tel était, à ce qu'il paraît, le cas du célèbre Casaubon : « Collum interius, introrsum tumens, elatum instar podicis gallinæ, vel colli interioris uteri, ita ut in ambitu esset veluti sulcus seu cavitas per quam circumduci poterat digitus. » (Thorius, *Sepulch.* de Bonnet, *lib.* III, *sect.* 25, *obs.* 5.)

» Comme le tissu fibreux ne participe que peu à l'accroissement des granulations, il en résulte, qu'au-devant du canal, et derrière, l'épaisseur n'augmente que fort peu; ainsi, même dans des cas de tuméfaction très-considérables, je ne l'ai jamais vue de plus de 10 à 12 millimètres au-devant du canal, et de 5 à 6 derrière, au niveau et au-dessous du verumontanum, bien entendu; car audessus voici ce qu'on remarque : comme la portion sus-montanale est ordinairement séparée des latérales par du tissu commun ne contenant pas de granulations, elle se trouve presque toujours, lorsqu'elle se développe, limitée en arrière et en avant par deux sillons latéraux plus ou moins profonds, écartés en haut, et convergeant en bas vers le trajet des canaux éjaculateurs. Voilà pourquoi elle fait si souvent saillie dans la vessie sous forme de tumeurs circonscrites, tandis qu'elle se termine graduellement en pointe vers le verumontanum.

» Cette tuméfaction de la portion sus-montanale fait que la distance du col de la vessie au verumontanum est très-sujette à varier. Il est très-commun de trouver entre eux 25 ou 30 millim.; il n'est même pas rare d'y trouver beau-

coup plus. Par opposition, comme la paroi postérieure du canal ne contient pas de granulations au-dessous du verumontanum, la distance de cette dernière éminence à la portion membraneuse change peu; elle est rarement de plus de 10 à 12 millim. La connaissance exacte de ces rapports est, comme nous le verrons, de la plus haute importance pour le traitement. » (Mercier, *lieu cité*, p. 154.)

Nous allons maintenant étudier les caractères anatomiques de la tuméfaction partielle de la prostate, tuméfaction plus fréquente que celle qui porte d'une manière uniforme sur tous les points de l'organe. Avant d'entamer cette étude, disons un mot de quelques anomalies où la glande, à l'état de santé, offre un désaccord entre le volume de ses diverses parties. Ainsi, on l'a vue formée par deux lobes latéraux, sans continuité de tissu et séparée, se réunir par une simple membrane en dessus comme en dessous. Il est moins rare encore de rencontrer la partie moyenne fort peu développée, tandis que les lobes latéraux le sont beaucoup.

L'hypertrophie porte séparément sur la partie moyenne ou sur les lobes latéraux.

Nous commencerons par l'hypertrophie de la partie moyenne. Il est très-rare de trouver le mal à son début; parce que ce n'est possible que dans le cas où le sujet a succombé à une autre affection, et qu'alors rien souvent n'attire l'attention sur une hypertrophie naissante qui n'a peut-être donné lieu à aucun symptôme. On voit alors tantôt de très-petites granulations à la partie postérieure et inférieure de l'orifice vésical de l'urètre, et tantôt, ce qui est plus ordinaire, une légère élévation qui va diminuant graduellement vers la périphérie.

Quoi qu'il en soit, dès que l'hypertrophie du lobe moyen n'est plus à son début, dès qu'elle se dessine un peu nettement, elle se présente sous l'une des trois formes suivantes :

1° Tantôt c'est une sorte de valvule qui s'élève transversalement derrière l'orifice urétral, et tend à l'obturer plus ou moins complétement. Il a été question de ces valvules prostatiques à l'occasion des affections du col de la vessie, nous n'y reviendrons pas.

2° Tantôt, et c'est le cas le plus commun, la partie moyenne de l'organe porte une tumeur à base large, comme résultant du gonflement uniforme de cette partie. Cette tumeur, qui est le plus souvent arrondie, à surface lisse ou granulée, a dans quelque cas son diamètre transversal plus considérable que le vertical, tandis que la différence est inverse chez d'autres sujets. Ordinairement unique, elle peut être multiple. Généralement du volume d'une noisette, on l'a vue atteindre celui d'une orange; Zacutus (*Praxeos admir.*, lib. II, obs. 71) et J.-L. Petit (*loco cit.*, p. 756) en ont rencontré de la grosseur d'un œuf d'oie.

Tantôt la partie moyenne est seule soulevée, et, de chaque côté, entre la tumeur centrale et les lobes latéraux, règne une gouttière plus ou moins profonde; tantôt la tumeur médiane est moins isolée, moins circonscrite; elle s'étend davantage soit en arrière soit latéralement, et il n'est pas rare qu'elle soit creusée d'un ou plusieurs sillons longitudinaux qui la festonnent ou la lobulent.

Lorsque le développement se prononce en arrière, il en résulte un allongement de l'urètre dont il importe de se souvenir en pratiquant le cathétérisme.

Obs. 2. « Le vicomte D....., octogénaire, d'une forte constitution, et d'une santé générale bien conservée, éprouvait depuis environ deux ans les premiers symptômes de la pierre; mais il différa de s'assurer du véritable état des choses jusqu'au moment où les douleurs devinrent excessives et tout mouvement impossible. Le cathétérisme, pratiqué en 1829, constata l'existence du calcul; il apprit en outre que la prostate était fortement engorgée et tout l'ensemble des organes génito-urinaires très-irritable. Une exploration de la vessie au moyen des instruments lithotriteurs donna la certitude qu'il y avait plusieurs pierres. L'une d'elles fut saisie et écrasée sans désemparer. Quoique l'introduction de l'instrument eût été pénible, le malade n'éprouva aucun accident par suite de ce premier essai. On en fit deux autres à quelques

jours de distance. Chaque fois une pierre était saisie, écrasée et en partie extraite ; le malade rendait ensuite des détritus avec l'urine. Pendant le traitement, il survint un surcroît d'irritation au col de la vessie ; l'excrétion de l'urine fut plus douloureuse, l'appétit diminua ainsi que le sommeil. Le malade se rendit à la campagne, où l'opération fut continuée et terminée sans occasionner de nouveaux dérangements dans la santé générale. M. D... recouvra successivement l'appétit, les forces et la faculté de se mouvoir. Mais il conserva des envies plus fréquentes d'uriner et un peu de difficulté pour les satisfaire ; son urine contenait en outre assez souvent des mucosités ; mais ce sont là des indispositions presque inséparables du grand âge. Le malade n'en vécut pas moins encore plusieurs années, et succomba à une pneumonie aiguë ; le corps ne fut pas ouvert. Ce qu'il y eut de plus remarquable dans le cours de l'opération, c'est l'allongement de l'urètre dont j'ai parlé précédemment ; l'instrument semblait pénétrer à une profondeur extraordinaire, parce que la tuméfaction de la prostate avait allongé et refoulé en arrière le col de la vessie. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, p. 323.)

3° Enfin la tumeur est pédiculée. Alors elle est en général beaucoup plus petite, et égale le volume d'un pois, celui d'une noisette, d'une prune (Civiale). Elle est plus dure, car la consistance est en raison inverse du volume. Mais les observateurs modernes n'ont point rencontré, même dans les tumeurs pédiculées, cette dureté cartilagineuse ou osseuse dont parlent Morgagni et Sœmmering.

Ces tumeurs de la partie moyenne de la prostate ont long-temps attiré seules l'attention des pathologistes ; c'est ce que beaucoup d'auteurs désignent sous le nom de *gonflement de la luette vésicale*. C'est sur elles que roule presque exclusivement l'ouvrage d'Everard Home. Morgagni avoue (*Lettre* XLI, art. 19) qu'il n'a jamais vu de tumeurs prostatiques que derrière le col de la vessie ; un grand nombre d'observateurs ont été plus heureux. C'est Thomas Bartholin qui a peut-être observé la forme la plus curieuse de l'hypertrophie des lobes latéraux. C'était sur un homme de quarante-neuf ans, les deux lobes latéraux de la figure et de la grosseur des testicules siégeaient de chaque côté de l'urètre ; s'inclinant également au-dessus de l'orifice de ce canal, ils se laissaient soulever par la sonde, et retombaient à leur première position quand on retirait l'instrument (Th. Bartholin, *cent.* 2, *hist.* 52). Everard Home (*loco cit.*, p. 124 et 128) a vu deux fois l'hypertrophie du lobe gauche, et deux fois celle du droit (p. 268 et 271) ; M. Ernest Boudet a présenté, à la Société anatomique (*Bulletin* de 1839), un très-bel exemple de l'hypertrophie du lobe droit.

Voici quels sont les caractères ordinaires de ces tumeurs :

« En se tuméfiant ainsi, les lobes latéraux, tantôt s'allongent considérablement d'avant en arrière, et tantôt se développent surtout de ce côté.

» Leur allongement peut avoir lieu en avant, vers la partie membraneuse de l'urètre, mais surtout en arrière, vers la vessie. Dans le premier cas, le col vésical est peu déformé, le trigone conserve ses dimensions normales, et la crête urétrale envoie en avant un prolongement considérable. Dans le second, la crête se trouve en avant de la partie la plus volumineuse de la tumeur. Celle-ci fait saillie dans la vessie, et étrangle en quelque sorte le canal excréteur de l'urine près de son orifice intérieur, qui, par cela même, est rejeté en arrière d'une quantité correspondant à la tuméfaction de la glande. Du reste, dans l'urètre, ces tumeurs demi-ovoïdes vont à la rencontre l'une de l'autre par leur partie la plus saillante, de sorte qu'en ouvrant le canal par sa face supérieure, on voit leur sommet se toucher, tandis qu'en avant ou en haut, et en arrière et en bas, elles laissent entre elles des sillons longitudinaux. S'il n'y a qu'un seul lobe latéral tuméfié, ce qui n'est pas rare, seul aussi il fait saillie dans l'urètre, mais parfois au point de déprimer le lobe opposé. Toujours, comme je le ferai voir plus au long dans l'article suivant, la dé-

formation du canal a lieu spécialement dans les deux sens de sa longueur et de sa direction.

» Le plus communément, les tuméfactions des masses latérales de la prostate ont une surface lisse et polie, notamment du côté de l'urètre. Quelquefois cependant on y remarque, comme sur celle du corps de la glande, des inégalités, des bosselures, indépendantes d'ailleurs des tumeurs, pédiculées ou non, qui s'implantent assez fréquemment à leur partie vésicale. Ces saillies partielles sont, en général, plus molles et de couleur plus foncée; elles contiennent parfois un liquide. Mais à l'exception de points ramollis, qu'il n'est pas rare d'y rencontrer, surtout quand l'état morbide est fort avancé, les bosselures résultant de l'engorgement des lobes latéraux sont plus rares que celles du corps de la prostate. Beaucoup de variétés règnent néanmoins à cet égard. Il leur arrive quelquefois d'avoir une dureté telle qu'on éprouve de la peine à les diviser avec l'instrument tranchant. Dans une opération de taille que j'ai pratiquée sur un vieillard, l'une des lames du cystotome double se brisa, tant la prostate était dure, et j'eus beaucoup de peine soit à introduire les tenettes dans la vessie, soit à extraire les calculs que celle-ci contenait. J'ai constaté plus d'une fois sur le cadavre cette induration de la glande, réduite presqu'à l'état de cartilage. M. Rayer parle également d'une prostate qui criait sous le scalpel; le tissu en était blanc-bleuâtre et presque sans vestiges d'organisation. » (Civiale, *lieu cité*, p. 269.)

M. Mercier s'exprime ainsi :

« Les tumeurs qui s'élèvent des lobes latéraux sont rares; mais il n'en est pas tout à fait de même du mode de tuméfaction que je vais décrire. Il consiste dans le développement des granulations centrales d'un de ces lobes. Celui-ci présente alors, du côté de l'urètre, une bosse plus ou moins saillante, jamais pédiculée, s'effaçant presque toujours graduellement sur sa circonférence; j'en ai vu qui étaient plus abruptes en arrière qu'en avant. Presque toujours le lobe opposé se trouve déprimé, comme creusé dans le centre pour s'adapter à cette éminence; de sorte que, dans ce cas, les deux moitiés latérales de la prostate peuvent présenter une grande différence d'épaisseur d'un côté à l'autre : ainsi j'ai publié une observation dans laquelle le diamètre transversal du lobe gauche était de vingt millimètres, celui qui passait par la partie la plus saillante du lobe droit était de trente-quatre. » (Mercier, *loc. cit.*, p. 159.)

Lorsque l'hypertrophie du lobe moyen et celle des lobes latéraux se trouvent réunies, il en résulte des tumeurs dont la variété échappe à toute description. Dans ces cas, ce sont les lobes latéraux qui l'emportent par le volume; d'autres fois, c'est le lobe moyen. M. Civiale a vu les trois tumeurs se toucher vers leur sommet, tandis que leurs bases étaient séparées par des sillons où coulait l'urine. Home a vu cette contiguïté transformée en une continuité réelle par des adhérences. Chez un autre malade, le même chirurgien a observé une prostate dont les trois lobes se jetaient dans la vessie, unis de telle sorte ensemble qu'ils formaient une cloison demi-circulaire entre la poche urinaire et l'urètre.

M. Civiale a trouvé sur un cadavre une disposition qui se rapproche de la précédente.

« Les parois de la vessie étaient fortement hypertrophiées, mais leur épaisseur tenait plutôt au nombre qu'au volume des faisceaux musculeux. La surface interne du viscère ne présentait rien d'anormal, si ce n'est de petites colonnes charnues et les orifices de quelques cellules. Il y avait une pierre aplatie, de grosseur moyenne, dans la vessie, et une autre plus petite dans une cellule située au côté droit du bas-fond, derrière l'urètre. Le col vésical avait un volume considérable, dû à l'hypertrophie des lobes latéraux et du corps de la prostate. Une incision faite à la face antérieure de la vessie, et prolongée jusqu'à l'urètre, mit en évidence les lésions suivantes. Du milieu du trigone s'élevait une tumeur qui s'étendait en avant jusqu'à la crête urétrale et latéralement d'un lobe de la glande à celui du côté opposé. Cette tumeur avait onze lignes d'avant en ar-

rière, dix-sept en travers et dix de bas en haut. Son côté postérieur était à pic, et le sommet faisait même, sur quelques points, saillie au delà de la base. Par sa surface antérieure, un peu moins étendue latéralement que la postérieure, elle était déjetée en arrière; sur les côtés, elle n'offrait rien de particulier. Plus large à sa base qu'à son sommet, elle était aplatie d'avant en arrière, et sa partie la plus saillante était inclinée vers le bas-fond de la vessie; mais sa partie libre n'était point lisse et uniformément arrondie, comme on l'observe quelquefois : il s'en élevait quatre excroissances de même nature et consistance, qui faisaient saillie dans la vessie. Des lobes latéraux de la prostate, en relief dans l'urètre, qui se trouvait pourtant élargi en cet endroit, et aussi des parois vésicales, près du col, naissaient plusieurs autres excroissances de même aspect et de même dureté. L'une de ces excroissances, provenant du lobe latéral gauche, formait, dans la partie prostatique de l'urètre, une tumeur arrondie, à base large, qui avait cinq lignes d'avant en arrière, et deux lignes et demie de hauteur. La base de la tumeur principale avait été transpercée par une sonde, depuis la crête urétrale jusqu'à sa face supérieure. La fausse route avait onze lignes de long; elle était fort large et paraissait déjà ancienne, car on remarquait une expansion membraneuse tapissant son orifice, bien qu'il n'y eût point d'organisation appréciable dans les autres points. Cette tumeur faisait corps avec la prostate, et il était impossible de déterminer la ligne de démarcation entre elle et la glande; seulement, à une ligne du point où elle commençait, le tissu était plus mou, plus granuleux, plus mamelonné. On distinguait de loin en loin quelques bandes d'apparence fibreuse, qui séparaient les mamelons; mais, plus on s'approchait de la circonférence, moins le tissu offrait de résistance, et il était très-mou dans les appendices de la tumeur. Nulle part, d'ailleurs, il n'y avait aucun vestige d'inflammation, de dégénérescence ni de rupture de l'enveloppe fibreuse. » (Civiale, *lieu cité*, p. 277.)

La membrane qui recouvre la prostate hypertrophiée est généralement saine, moins peut-être, suivant M. Mercier, un léger état variqueux de ses vaisseaux. Ce n'est que par accident qu'elle devient malade, à la suite d'un cathétérisme malheureux, de l'usage de sondes à demeure, ou encore consécutivement à la rétention d'urine et à l'irritation qu'elle produit. Mais une fois que cette muqueuse se prend, elle est toujours, dit M. Civiale, plus affectée au niveau de la tumeur que dans les autres points.

Souvent ces tumeurs sont labourées par les sondes, et si l'on a vu de fausses routes organisées dans leur épaisseur, il est plus fréquent que ces trajets restent à l'état d'ulcération ou d'inflammation plus ou moins profonde. Nous citerons un fait qui mettra plusieurs de ces propositions en évidence.

Obs. 3. « *Lobes latéraux très-peu développés; tumeur de la portion sus-montanale; incontinence, puis rétention d'urine.*

» Carpentier, âgé de soixante-dix ans, était depuis long-temps affecté d'incontinence d'urine, à tel point qu'on l'avait placé à Bicêtre dans les salles dites des gâteux; il n'avait pas d'autre infirmité. Toutefois, il fut à la fin pris d'une rétention pour laquelle il entra, le 20 octobre 1834, à la salle de chirurgie.

» Là on le sonda et on lui laissa pendant quelque temps une sonde élastique à demeure; mais on remarqua que, bien qu'elle ne fût pas restée dans la vessie, les urines ne s'en écoulaient pas moins entre elle et le canal peu à peu et involontairement; en conséquence, on l'ôta.

» Vers le commencement de novembre, les forces baissèrent, l'appétit se perdit et des symptômes adynamiques se prononcèrent de plus en plus. Tous les matins on avait la précaution d'introduire la sonde; mais, chaque fois, il ne sortait qu'une très-petite quantité de liquide purulent et excessivement fétide. L'instrument d'argent était chaque fois noirci près de son bec et en deçà de sa courbure; le bec était en outre presque toujours teint de sang, bien que le cathétérisme fût on ne peut plus facile. Enfin, le 10, il se manifesta à l'union du scrotum avec la verge un engorgement qui,

par sa dureté et sa couleur livide, nous donna lieu de craindre un abcès urineux; effectivement la pression faisait sortir une grande quantité de pus par l'urètre. Mort le 14.

» Point de rétrécissement à l'urètre; la muqueuse était pâle et lisse, seulement, au niveau à peu près de la symphyse pubienne, existait, à la paroi inférieure, une solution de continuité longue de plus de trois centimètres, large de trois millimètres, et aboutissant à un abcès existant dans l'épaisseur de la cloison des dartos, dont les lames se trouvaient comme disséquées et réunies seulement par quelques débris de tissu cellulaire.

» La prostate était très-petite, ses lobes n'avaient que huit ou neuf millimètres d'épaisseur transversalement; derrière le col de la vessie, et un peu à droite, s'élevait un tubercule de la grosseur d'une noix et pédiculé, de sorte que, de chaque côté, existait une espèce de gouttière aboutissant à l'urètre. La gauche était la plus large, aussi fallait-il appuyer assez fortement sur la tumeur pour fermer complétement le canal de ce côté.

» La vessie était très-petite, à parois épaisses, sa muqueuse noire et mamelonnée. En arrière et à droite de la tumeur prostatique, se trouvait un calcul presque rond, de vingt millimètres environ, recouvert d'éminences et de petits cristaux; il était dur et d'un blanc mat.

» Les reins n'offraient rien de particulier, sinon que la muqueuse de leur calice et de leur bassinet était enflammée, noirâtre, épaissie et contenait de l'urine purulente.

» Les vésicules séminales étaient remplies de véritable pus. Les testicules étaient sains, seulement je trouvai dans l'un d'eux, à l'orifice de l'épididyme, une sorte de pus jaune, très-épais, assez pour remplir une cuiller à café.

» Adhérences anciennes dans plusieurs endroits du péritoine. Vésicule du foie distendue par un liquide visqueux et limpide comme de l'eau fortement chargée de gomme. Elle contenait une concrétion blanchâtre, lisse et ovoïde, de la grosseur d'une noix; deux autres, du volume d'une noisette, oblitéraient son col. Foie de volume ordinaire, noirâtre et ramolli.

» Je suis porté à croire que la faible épaisseur des lobes latéraux a été pour quelque chose dans la production de cette incontinence d'urine; mais la cause, de beaucoup la plus efficace, a été certainement la position de la tumeur à droite de la ligne médiane, et sa forme pédiculée, ce qui formait à gauche une gouttière difficile à effacer. Si la tumeur eût pu se mettre en conctact exact, par ses faces latérales, avec les bords latéraux du col de la vessie, elle aurait, sinon déterminé la rétention, au moins prévenu l'incontinence. » (Mercier, *lieu cité*, p. 251.)

Il faut que la muqueuse ait peu de disposition à s'enflammer, puisque, même avec une fausse route, elle avait conservé sa couleur et ses autres caractères normaux.

Après avoir examiné anatomiquement le tissu de la prostate hypertrophiée, sa tuméfaction uniforme et générale, la tuméfaction isolée et simultanée de ses lobes, nous allons passer à la symptomatologie; mais, auparavant, disons un mot de la pathogénie de l'affection. MM. Civiale et Mercier admettent, surtout pour l'espèce molle, que la tumeur résulte du développement morbide des granulations normales de la glande. Voici comment M. Vidal de Cassis discute ce point de doctrine.

« Ces petites tumeurs secondaires, qui sont considérées par M. Mercier et d'autres comme des développements des granulations normales, sont attribuées par M. Velpeau et l'école qu'il représente à des produits nouveaux; ce sont, pour ce chirurgien, des tumeurs comme celles qui naissent dans le tissu de la matrice, et qui, dans le plus grand nombre de cas, sont fibreuses. M. Mercier oppose que des tumeurs comme celles qu'on trouve dans la matrice ne fournissent pas à la pression une humeur semblable à celle qui arrive dans l'urètre par les conduits qui de la prostate vont se rendre autour du verumontanum; or, les tumeurs de la prostate hypertrophiée four-

nissent une pareille humeur, laquelle, d'ailleurs, peut être constatée dans de petites aréoles du tissu prostatique qui pourrait à peine loger un grain de millet. Mais remarquez que cette tumeur peut s'altérer; au lieu d'être d'un blanc laiteux, elle peut être d'un brun jaunâtre; au lieu d'être un peu liquide, elle peut n'être que demi-liquide, prendre la consistance de la cire. Alors de pareilles tumeurs peuvent très-bien être confondues avec des produits nouveaux, et c'est peut-être là une des causes de la diversité d'opinion qui règne sur la nature de certaines tumeurs de la prostate. D'ailleurs, M. Velpeau ne nie pas l'influence de l'hypertrophie dans la formation de certaines tumeurs plus ou moins saillantes de la prostate; mais il ne peut admettre des hypertrophies d'un lobe normal là où, selon lui, il n'y a pas de lobe, car, pour cet anatomiste, le lobe de Home n'existe pas. M. Mercier admet à sa place, c'est-à-dire derrière l'orifice vésical de l'urètre, un certain nombre de granulations. Mais remarquez que M. Mercier n'admet là qu'un petit nombre de granulations qu'il est souvent difficile de distinguer (*loc. cit.*, p. 29). Quand un objet est difficile à distinguer, il peut y avoir doute, erreur sur son existence, surtout quand la prévention s'en mêle un peu, d'ailleurs, tous les sujets ne présentent pas même cette petite quantité de petites granulations. Quoi qu'il en soit, c'est là, c'est-à-dire derrière le *verumontanum*, que M. Velpeau nie les tumeurs par hypertrophie, et non sur les côtés. » (Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, p. 428.)

Nous trouvons dans M. Velpeau un passage qui donne ses idées sur cette importante question. En même temps qu'il traite de la pathogénie des tumeurs prostatiques, ce passage en résume parfaitement les variétés.

« Les tumeurs du parenchyme de la prostate se montrent comme celles du parenchyme de l'utérus, sous forme de pelotons de volume varié, et sont presque toujours multiples; leur surface est inégale, plus ou moins bosselée, et n'offre ni pédicule, ni base, ni point de départ, qu'on puisse apprécier.

» C'est sous le point de vue de leur nature, que les tumeurs de la prostate paraissent surtout comparables à celles de la matrice. On connaît dans l'utérus des polypes muqueux, des polypes fibrineux, des polypes fibreux, des corps fibreux, des polypes sarcomateux, des fongus, des cancers. Eh bien! la prostate nous offre également toutes ces productions. Le verumontanum, la pointe du trigone, toute la région prostatique de l'urètre est sujette à des végétations, des tubercules, des tumeurs rougeâtres, bénignes, indolentes, essentiellement formées par la membrane muqueuse, par le tissu sous-muqueux, et par la couche la plus superficielle de la trame glandulaire de la prostate. Des plaques, des pelotons, des brides, des lobes, faisant relief dans l'urètre, ne tenant à la prostate que par une racine plus ou moins large, d'un tissu friable, à filaments parallèles, enveloppée d'une simple pellicule muqueuse, peuvent-ils être autre chose que des tumeurs fibrineuses refoulées de la prostate dans l'urètre?

» Dans une foule de cas, la tumeur de la prostate, qu'elle comprenne toute l'épaisseur ou une simple portion de l'organe, est représentée par le tissu glandulaire proprement dit, tissu dont les grains ont pris un développement extrême, et acquièrent parfois le volume d'un petit pois au lieu d'un grain de chènevis, qui leur est naturel. La trame celluleuse, ou cellulo-fibreuse, la trame commune, enfin, qui sert d'enveloppe à chacun d'eux, s'accroissant, se développant, s'hypertrophiant en même proportion, on a de la sorte des *tumeurs fibreuses*, ou une tumeur par transformation en tissu fibreux, comme dans l'utérus.

» Les corps fibreux, qui ont tant exercé la sagacité des observateurs modernes, et qui représentent dans l'utérus de véritables corps étrangers, se retrouvent également dans la prostate. Cette assertion, qui avait quelque chose de paradoxal lorsque je l'ai émise pour la première fois, en 1833, n'a plus rien

aujourd'hui que de très-simple. Les faits sur lesquels elle était appuyée à cette époque se sont tellement multipliés depuis, qu'elle n'est réellement plus contestable qu'eu égard au nombre proportionnel des cas qui permettent d'en faire l'application. En effet, dans les prostates volumineuses, on trouve presque toujours des tumeurs globuleuses, multiples, inégales, variant pour le volume, depuis celui d'un grain de chènevis jusqu'à celui d'une noix, tumeurs dures, élastiques, difficiles à écraser, d'une teinte grise ou légèrement jaunâtre, qui crie sous le scalpel, dont la coupe ressemble à celle des corps fibreux du rein ou de la matrice, tumeurs qui n'ont point de racines distinctes, qu'on détache du parenchyme prostatique par énucléation comme un noyau de fruit, et qui laissent à leur place autant de petites poches dues à l'épanouissement, à l'écartement des lamelles du tissu normal, tumeurs, en un mot, qui sont comme autant de dépôts solides, de corps étrangers disséminés dans le tissu prostatique. L'un des malades, dont j'ai disséqué les organes, avait trente-deux pelotons de cette espèce éparpillés autour de l'urètre; le plus petit d'entre eux ne dépassait pas le volume d'un grain de chènevis, et le plus gros n'atteignait pas celui d'une forte aveline. J'en ai trouvé 10, 12, 15, 21, 26, dans la prostate de plusieurs autres. L'un de ces corps était aussi gros que le pouce et entouré de cinq autres tumeurs de même nature, beaucoup plus petites dans un des exemples que j'ai sous les yeux. Cette classe de tumeurs, observée aussi à Bicêtre par M. Malgaigne, est si exactement comparable aux corps fibreux de l'utérus décrits par Bayle et Dupuytren, par M. Roux, par M. Hervez, que le mécanisme de leur développement, de leur origine, m'a paru devoir être le même. Je ne doute pas, quant à moi, que ces productions ne trouvent quelquefois leur point de départ, leur source dans quelque matière épanchée au sein de l'organe : c'est une gouttelette de sang, de lymphe plastique, de pus même, qui me paraît en être souvent la racine. Dans tous les organes parenchymateux à tissu serré, à fonctions obscures, dans la mamelle, dans l'utérus, dans la prostate, il se fait, par suite de congestions, d'embarras dans la circulation, des exsudations sanguines, lymphatiques, ou de toute autre espèce, qui rendraient facilement compte du fait en question. La connaissance des diverses transformations que le sang, que les liquides animaux épanchés, retenus dans les tissus vivants, peuvent subir, autorise, il me semble, l'hypothèse que je viens de poser.

» Aux yeux des observateurs modernes, les corps fibreux de nouvelle formation que je viens de décrire ne sont que des grains naturels de la prostate énormément hypertrophiée. A cela, je réponds que l'on me paraît confondre ici deux choses fort différentes. J'ai constaté aussi l'hypertrophie des granulations de la prostate; mais, en l'hypertrophiant, aucun de ces grains n'arrive jusqu'au volume d'une grosse noisette; ils ne se disséminent point d'une manière isolée dans l'organe; presque tous offrent, conservent une sorte de pédicule, de racine, trace de leur ancien conduit excréteur. Quand on les coupe, il est facile d'en faire exsuder une matière blanche, visqueuse, analogue au liquide prostatique. Les pelotons fibreux, au contraire, sont homogènes, plus gros, plus élastiques, plutôt formés de fibres enroulées que de granulations; encore faut-il ajouter que leurs granulations, quand ils en présentent, sont petites et comme miliaires, au lieu de constituer toute la tumeur; la matière qu'on en fait sortir par la pression diffère peu de celle des tumeurs fibreuses en général.

» Comme dans l'utérus, on voit des tumeurs sarcomateuses se développer dans la prostate. Il est juste d'avouer néanmoins que rien dans cette glande ne représente le col de la matrice sous le point de vue des dégénérescences cancéreuses. C'est sur la pointe du trigone, sur le sommet ou sur les côtés du verumontanum, que les tumeurs sarcomateuses de la prostate se montrent presque uniquement, mais comme pour l'utérus, il n'y a presque jamais de squirrhe dans la prostate et les tumeurs cancéreuses de ce

corps, qui, comme la matrice, se voient à peu près toutes du côté de la membrane muqueuse, rentrent presque toutes aussi dans la catégorie des tumeurs encéphaloïdes, des cancers fongueux ; je n'en ai même vu que de cette espèce, et les exemples qu'en rapporte M. Mercier ne diffèrent pas notablement des miens. Ici, du reste, se termine la comparaison qu'il est permis de faire entre les tumeurs de la prostate et celles de l'utérus ; les déplacements du tissu, les changements dans la forme des organes, la marche, le développement de la maladie, les perturbations qu'elle occasionne, n'ont plus rien, ou presque plus rien d'analogue. » (Velpeau, *Dictionn. de méd.*, 2e édit., t. XXVI, p. 172.)

Symptômes de l'hypertrophie de la prostate. Les symptômes les plus importants de l'hypertrophie de la prostate sont sans contredit ceux qui ont rapport à l'excrétion urinaire. Ils sont la conséquence directe, le plus souvent mécanique, de cette hypertrophie ; c'est par eux que nous commencerons. Selon nous, la manière la plus claire de les exposer consiste à les rattacher à trois chefs : à l'incontinence, à la rétention et au regorgement d'urine. Nous prévenons que nous ne donnons pas une valeur absolue à cette théorie toute pratique qui a été présentée et que nous allons reproduire.

a. *Incontinence d'urine.* Si les lobes latéraux également hypertrophiés viennent à être écartés l'un de l'autre par une tumeur s'élevant du lobe moyen, il pourra en résulter dans la fente un hiatus par où l'urine s'écoulera involontairement

La tuméfaction isolée des portions latérales est très-rare ; presque toujours il existe en même temps un accroissement de la portion sus-montanale dont les effets peuvent singulièrement varier. Que cette portion s'accroisse seulement en haut du côté de la vessie, il n'en résultera rien, au moins tant qu'elle se fera dans le sens vertical ; mais il lui est difficile de prendre un développement tant soit peu considérable sans écarter en arrière les bords latéraux de l'orifice vésico-urétral, de manière à lui donner la forme d'un triangle dont la base regarde en arrière. Que résulte-t-il de cette disposition ? C'est que les lobes latéraux, pour peu qu'ils aient de consistance, ne peuvent plus se mettre en contact parfait, et laissent échapper de l'urine involontairement. Voici un des premiers faits qui attirèrent mon attention sur ce point.

Obs. 4. « *Hypertrophie générale et uniforme de la prostate, incontinence d'urine.*

» Un vieillard, âgé de soixante-dix ans, ancien tailleur d'habits, entra à l'infirmerie de Bicêtre le 1er septembre 1835, pour faiblesse ancienne des membres gauches. Il se faisait surtout remarquer par son incontinence d'urine ; car ce liquide s'écoulait continuellement. La mort eut lieu le 26 octobre. Je trouvai deux petits points d'infiltration sanguine, sans foyer, dans l'hémisphère gauche du cerveau, et un kyste à cavité blanchâtre, évidemment ancien, dans le pédoncule cérébral droit. Le malade paraissant voué à une mort certaine, j'y avais peu fait attention et je pensais qu'il urinait par regorgement, que la vessie était paralysée comme la moitié gauche du corps ; je m'attendais, par conséquent, à la trouver distendue comme cela a lieu presque toujours quand cet état dure depuis un certain temps. Quelle ne fut pas ma surprise de la trouver très-saine et fort petite, ayant la forme et le volume de la moitié d'un œuf de poule coupé selon son petit diamètre ! La prostate était au contraire très-volumineuse ; ses deux portions latérales étaient également hypertrophiées et n'avaient par conséquent fait éprouver au canal aucune déviation. Celui-ci avait près de 25 millimètres dans son diamètre recto-pubien. La portion sus-montanale formait une valvule assez épaisse qui ne s'avançait que de 8 millimètres au-dessus du canal et tenait évidemment les portions latérales écartées en arrière.

» Quoique cet homme fût hémiplégique, son observation n'en est pas moins d'une grande importance ; car lorsque c'est par suite d'une affection du système nerveux que l'urine s'écoule involontai-

rement, elle ne le fait ordinairement que par regorgement et lorsque la vessie est distendue. Ici, au contraire, elle est extrêmement petite, atrophiée ; tout nous indique que depuis long-temps l'urine n'y séjournait pas. » (Mercier, *Recherches sur les maladies des organes urinaires et génitaux*, *considérées spécialement chez les hommes âgés*, p. 261.)

D'autres fois les lobes latéraux en s'hypertrophiant s'enverront réciproquement une tumeur, et ces deux tumeurs en s'arcboutant par le sommet tiendront le col vésical entr'ouvert et l'incontinence aura lieu presque forcément comme dans le cas suivant :

Obs. 5. « *Hypertrophie générale de la prostate*, *saillie des lobes latéraux du côté de l'urètre*, *incontinence d'urine.*

» Le 15 février 1836, il mourut, au n° 1 de la salle Sainte-Marthe (Hôtel-Dieu), un vieillard qui y était entré pour une contusion sur le côté droit de la poitrine. Au bout de peu de jours, il se fit du côté contus un épanchement pleurétique qui ne tarda pas à emporter le malade.

» Dès son entrée il urinait dans son lit, et il le fit ensuite continuellement jusqu'à sa mort. Je lui demandai si cela lui arrivait habituellement, s'il sentait ses urines couler, etc., mais cet homme était tellement dénué d'intelligence que je ne pus obtenir une réponse satisfaisante. Il n'était nullement paralysé, et c'était en se promenant qu'il avait été blessé.

» A l'ouverture, je trouvai la vessie saine ; la prostate n'était pas très-hypertrophiée, mais ses lobes latéraux étaient égaux en volume et faisaient tous deux une saillie assez prononcée et à peu près égale du côté de l'urètre. Ces deux éminences se correspondaient par leur sommet, de sorte qu'au-dessus d'elles les bords latéraux de l'orifice urétro-vésical se trouvaient écartés, presque effacés, tant était grand leur écartement. Sur le lobe moyen s'élevait verticalement une tumeur qui avait le volume d'une noisette et obstruait incomplètement le canal. Le développement presque uniquement transversal de cette tumeur lui donnait un aspect très-remarquable : il aurait semblé qu'on eût voulu l'aplatir de sa base vers sa pointe. Sa substance avait beaucoup de compacité. Je conserve cette pièce intéressante.

» Ici l'incontinence d'urine provenait moins de l'hypertrophie de la portion transversale que de celle des lobes latéraux, qui, par la manière dont ils s'étaient développés, avaient eux-mêmes déterminé l'écartement de leur partie supérieure et la formation d'une rigole sur le fond de laquelle l'urine agissait à la manière d'un coin pour se frayer un passage.

» On trouve dans l'ouvrage d'Everard Home, p. 196, un fait qui a la plus grande analogie avec le précédent. » (Mercier, *Recherches sur les maladies des organes urinaires et génitaux*, *considérées spécialement chez les hommes âgés*, pag. 267.)

Ces deux tumeurs, comme deux cylindres ou plutôt comme deux sphères contiguës laissaient au-dessus et au-dessous du point de contact deux ménisques par où s'écoulait l'urine. Si ces tumeurs avaient été à un niveau différent, au lieu de l'incontinence elles auraient pu amener la rétention en déviant l'urètre en sens contraire et en tendant les lèvres de son orifice.

Obs. 6. « Un septuagénaire s'était présenté dans mon service vers la fin de l'année dernière, attribuant à la présence d'un calcul dans la vessie les difficultés d'uriner qui le tourmentaient. Je m'assurai qu'il n'y avait pas de pierre, que la prostate était engorgée, et que la vessie ne se vidait point. Le malade apprit à se sonder et sortit de l'hôpital ; mais il y rentra deux mois après, tant par l'effet de la misère, que par ce qu'il éprouvait, disait-il, une peine extrême à passer la sonde. Au bout de quinze jours, il mourut d'une attaque d'apoplexie. On trouva la vessie très-grande, à parois épaisses, avec des colonnes charnues fort développées. Sa surface interne offrait les orifices de quelques cellules, mais sans autre altération, même sans aucune trace de phlegmasie. Le trigone était soulevé, surtout à l'endroit correspondant aux orifices des uretères et de l'urètre. Celui-

ci était converti en une fente semi-lunaire, résultat d'une tumeur du volume d'une noisette, située au côté gauche, faisant légèrement saillie dans la vessie, et jetant l'orifice urétral à droite. On s'était borné à diviser la face antérieure de l'organe, pour bien constater la disposition que je viens d'indiquer. Voici ce qu'on observa après avoir fendu la face supérieure du col vésical et la partie profonde de l'urètre. Les lobes latéraux de la prostate faisaient, dans ce canal, deux saillies qui ne se correspondaient pas. Celle du lobe gauche était plus en arrière que celle du lobe droit, de telle sorte que la partie prostatique de l'urètre, sensiblement plus spacieuse que dans l'état normal, était aplatie de droite à gauche, et présentait une double déviation par côté. Chacune de ces déviations correspondait à la double saillie de la prostate. La première commençait à la fin de la partie membraneuse, et la seconde se trouvait à la crête urétrale. Les deux tumeurs étaient si dures, qu'on avait de la peine à plonger le doigt entre elles jusqu'au verumontanum, et il fallait tirer en sens inverse sur les lèvres de la section pour découvrir la face inférieure de l'urètre. Mais cette disposition remarquable ne fut pas la seule qui appela l'attention. En examinant la pièce du côté de la vessie, avant d'ouvrir l'urètre, on n'avait aperçu qu'une légère tumeur au côté gauche de l'orifice de ce conduit, et un soulèvement du trigone. Vu du côté de l'urètre, le bord inférieur de l'orifice urétral faisait une saillie à pic, d'un pouce environ, et le canal se trouvait dévié en haut d'un pouce aussi, à partir de la crête urétrale. Cette déviation était le résultat de la tuméfaction du corps de la prostate, qui s'élevait en forme de barrière transversale à l'angle antérieur du trigone, mais sans former tumeur isolée, circonscrite, comme on le voit communément. C'était cette tuméfaction qui soulevait le trigone vésical, en sorte que celui-ci se trouvait sur le même plan que l'orifice, c'est-à-dire plus élevé d'un pouce que la fin de l'urètre. La barrière était plus épaisse et plus saillante à gauche qu'à droite, mais d'une consistance telle, que toute élasticité était détruite. Derrière la crête urétrale, on voyait, à la base de cette barrière, différentes éraillures provenant de l'introduction de la sonde ou plutôt des tâtonnements auxquels le malade s'était livré pour introduire l'instrument; mais il n'y avait pas de fausse route proprement dite.

» D'importantes considérations pratiques se rattachent à ce fait. D'abord il faut signaler le peu de développement des phénomènes morbides, quoique le col de la vessie et la partie prostatique de l'urètre fussent dans les conditions les plus favorables pour s'opposer à la sortie de l'urine. Mais, en revanche, le développement anormal des parois vésicales donnait au viscère une force expulsive insolite. Lorsque je sondai le malade pour savoir s'il avait la pierre, il me fut facile de constater la tuméfaction de la prostate; mais je ne découvris pas la double courbure de la partie prostatique du canal, et, il faut l'avouer, j'étais loin de penser qu'il y eût une déformation si prononcée, à en juger d'après le peu de peine que j'avais éprouvé à introduire la sonde, et surtout d'après la faculté que le malade acquit bientôt de faire pénétrer lui-même dans sa vessie une sonde flexible à petite courbure fixe. En voyant les pièces après la mort, on aurait jugé la chose impossible.

» Si l'on met ce fait en regard de plusieurs autres cités par les auteurs, et dans lesquels des effets presque incroyables sont attribués à un état maladif presque rudimentaire, on ne peut s'empêcher de penser que les praticiens se font souvent illusion dans l'appréciation des lésions organiques eu égard à la production des phénomènes morbides, et que ceux-ci dépendent quelquefois d'une autre cause que celle qui leur est assignée.

» Le malade ne réussissait pas toujours à se sonder. Souvent il poussait trop l'instrument; plus fréquemment encore, il lui imprimait une mauvaise direction, de sorte que le bec, en buttant contre la barrière du col vésical, avait déterminé les éraillures constatées par l'autopsie. Cependant, on découvrait à peine quelques vestiges de phlegmasie locale. Bien certainement on aurait pu diviser cette barrière à l'aide de l'instrument et

du procédé que j'ai fait connaître, sans avoir à redouter des suites plus fâcheuses que celles des éraillures occasionnées par la sonde. Mais il aurait fallu pour cela que le diagnostic eût été plus rigoureusement établi. Nous voyons donc là une preuve que la plus grande difficulté est celle qui consiste à déterminer l'état des parties. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, page 279. 1841.)

Dans ce cas si intéressant, il n'est pas certain que la double tumeur des lobes latéraux ait seule produit les rétentions, puisqu'il y avait en même temps une valvule prostatique capable de donner lieu, ou au moins de contribuer au même résultat ; mais cette observation nous a paru éminemment propre à faire comprendre l'importance réelle d'une disposition anatomique, en apparence insignifiante.

Une tumeur pédiculée de la partie moyenne de la prostate vient-elle à s'engager en tout ou en partie dans le canal, son sommet se trouvant plus volumineux que sa base, elle maintiendra entr'ouverte sur ce pédicule une sorte de gouttière circulaire par où s'écoulera l'urine involontairement.

Enfin, la disposition des parties peut être telle, que l'incontinence et la rétention d'urine alternent ensemble. En voici un exemple très-remarquable que nous empruntons à Everard Home. Les deux lobes latéraux amenaient l'incontinence ; mais dès qu'une pression sur le périnée appliquait une tumeur du lobe moyen sur l'hiatus formé par les lobes latéraux, la rétention qui fut d'ailleurs le phénomène prédominant s'établissait.

Obs. 7. *Hématuries, incontinences; saillie des trois portions de la prostate du côté de l'urètre.*

« Un gentleman, âgé de cinquante-cinq ans, se plaignait, sans autre symptôme de maladie, de rendre une urine sanguinolente, après s'être promené à cheval. L'urine sortait toujours la première, et puis il s'écoulait du sang noir qui, descendant au fond du vase, paraissait venir de la vessie. La passion de cet homme était de se promener à cheval, et elle était si forte qu'il parcourait, par pur plaisir, cent milles par jour. Au bout de quatre années le mal augmenta beaucoup ; je passai une sonde dans la vessie, et n'y trouvai point de pierre. Sous tous les autres rapports la santé était fort bonne, et le malade continuait ses promenades à cheval autour de sa ferme, sans porter la moindre attention à un mal dont il s'était fait une habitude. A l'âge de cinquante-neuf ans, étant à la campagne, après s'être promené plus qu'à l'ordinaire, l'écoulement de sang fut beaucoup plus abondant. On supposa qu'une quantité considérable était retenue dans la vessie, vu la suppression d'urine qui survint ; mais celle-ci sortit involontairement, en petite quantité à la fois, mêlée de sang. La partie inférieure du ventre était très-tendue et résistante. Il ne voulut permettre à aucun médecin du pays d'introduire la sonde dans sa vessie, et quoiqu'il ne pût rendre volontairement de l'urine, il s'en écoula pendant qu'il était au lit, en assez grande quantité, sans qu'il s'en aperçût ; ce qui indiquait que la vessie ne prenait pas une grande dimension, mais qu'elle restait exactement dans le même état.

» Environ quinze jours après, les symptômes reparurent ; les urines qui avaient toujours été sanguinolentes, sortaient naturellement en petites quantités, et devenaient limpides ; mais les personnes de l'art pensaient que la vessie n'avait jamais été complétement vidée. Environ sept jours après, le malade ayant eu une nouvelle rechute, se rendit à Londres. A son arrivée, le 27 février 1817, je le trouvai très-changé : il était très-faible, sa mémoire n'était plus aussi fidèle ; il était devenu très-irritable, et cet état semblait exaspérer sa maladie. Je le sondai avec un instrument de gomme élastique, sans stylet, et je lui fis rendre trois pintes d'urine. Lorsque la vessie fut vidée, la douleur devint extrême ; il fallut sur-le-champ retirer l'instrument : cette douleur dura un quart d'heure. Au lieu d'être soulagé, comme on l'est ordinairement des résultats du cathétérisme, toute son économie fut ébranlée ; il perdit entièrement la mémoire ; il lui était impossible de retenir ce qu'il m'entendait dire. Le

18, j'essayai de faire couler l'urine de la même manière qu'auparavant, mais je ne réussis pas ; et comme il n'y avait pas de tension de la vessie, je me désistai de mes efforts. Le 19, je réussis avec un cathéter d'une très-forte grosseur, et je fus si étonné de la petite quantité, que je demandai un vase gradué pour mesurer à l'avenir ce que la sonde faisait couler d'urine. J'attribuai l'indisposition générale à la rareté de la sécrétion urinaire ; car j'avais déjà vu les mêmes effets dans d'autres cas. Pendant les premiers jours, il ne rendit qu'une pinte d'urine en vingt-quatre heures ; mais au bout de dix jours elle augmenta graduellement de trois pintes et quelques onces. Durant cette augmentation, sa constitution semblait se refaire, il devenait plus calme, sa mémoire revenait, son appétit, qui avait été très mauvais, s'amendait ; mais tout à coup son urine tomba à quelques onces, et sa physionomie changea : il devint presque totalement insensible, incapable de prendre de la nourriture et les remèdes ; il éprouva dans la région vésicale une grande douleur qui fut suspendue par le besoin d'uriner ; mais lorsque la sonde eut pénétré dans la vessie, il en coula un fluide clair comme du petit-lait. Il était dans cet état le 8 février, et le 9 son pouls devint si petit, qu'il parut être près de mourir ; mais il traîna encore le 9 et le 10, souffrant, en toute apparence, d'une manière cruelle, et pendant ce temps il ne passa aucune goutte d'urine des reins dans la vessie : il mourut le 11 au matin.

» A l'ouverture du cadavre on trouva la vessie vide, le moyen lobe de la prostate engorgé dans une grande étendue, les lobes latéraux très-volumineux et arrondis sur leurs surfaces opposées. En examinant plus particulièrement la portion déjetée du moyen lobe, on en voyait une petite qui s'élevait au-dessus d'elle, de la grosseur de la moitié d'un pois, et, à cet endroit, on distinguait facilement une veine rompue remplie d'un sang à moitié coagulé. Cette apparence disparaissait lorsqu'on la mettait sous l'eau. La convexité des surfaces des deux côtés de la prostate empêchait qu'elles fussent en contact : elles ne se touchaient que par un point, et le moyen lobe étant également arrondi ne pouvait fermer l'excavation ; mais il laissait un espace le long duquel l'urine coulait ; car même dans les premiers degrés de la maladie, le patient n'avait jamais été sujet à des suppressions d'urine, comme il arrive en pareil cas, et même après que le sang eut reflué dans la vessie, *il y eut un flux constant*, lorsque le malade était couché dans une position horizontale et que le moyen lobe n'était point comprimé.

» Extérieurement, les reins avaient presque l'apparence naturelle et, lorsqu'on les ouvrit, la substance corticale ne présentait que peu ou point d'altération, et le tissu fibreux de la base de la substance mamelonnée n'était pas très-altéré ; mais les mamelons n'étaient ni gonflés, ni arrondis, comme dans l'état naturel : ils semblaient mous et affaissés.

» Dans le récit de ce fait, il est tantôt question de rétention d'urine et tantôt d'incontinence ; c'est qu'ici le cas n'était pas aussi simple que dans mes observations. La forme des portions latérales de la prostate ne pouvait être plus favorable à la production du dernier phénomène, mais la portion sus-montanale avait un volume tel qu'elle pouvait fermer le col de la vessie lorsqu'elle était pressée contre son orifice. Remarquez que, dans ces cas, c'est en arrière que cette ouverture s'écarte. De là vient qu'une tumeur peu volumineuse, située derrière le col vésical, peut encore alors s'opposer au flux urinaire. » (Everard Home, *Maladies de la prostate*, traduction française, p. 196.)

b. *Rétention d'urine.* Dans la majorité des cas la rétention d'urine par hypertrophie de la prostate résulte d'une tumeur qui s'élève du lobe moyen et s'applique comme une soupape sur le col de la vessie. Nous donnerons ailleurs plus d'un fait de ce genre ; mais cela ne rend pas le suivant moins instructif : on y voit du reste que Home signale déjà le rôle de valvule joué par l'hypertrophie du moyen lobe.

Obs. 8. « Un gentleman, âgé de soixante-dix ans, sujet à de fréquentes envies d'uriner, mais libre de tout autre symptôme de maladie des voies urinaires,

se mit au lit à dix heures du soir, le 18 octobre 1805, dans un état apparent de santé parfaite. A minuit il voulut rendre ses urines, mais cela lui fut impossible ; à deux heures du matin il fit encore des efforts, mais ce fut sans succès ; c'était fait pour l'alarmer : il m'envoya chercher. A quatre heures, j'introduisis une sonde en gomme élastique sans stylet et sans la moindre difficulté ; elle pénétra dans la vessie, d'où il sortit plus d'une demi-pinte d'urine. A onze heures je voulus sonder sans stylet, je ne réussis pas ; alors j'employai un cathéter flexible, glissé sur un stylet de fer, mais je ne fus pas plus heureux.

» A quatre heures après-midi du même jour, je parvins à introduire un cathéter flexible d'une plus grande grosseur passé sur un stylet courbe.

» Le 20 octobre, je ne pus introduire ni la sonde d'argent ni celle de gomme élastique.

» A huit heures du matin suivant, je réussis à introduire un cathéter de gomme élastique ; il fut contenu dans la vessie. Dans l'intromission, l'instrument rencontra un obstacle à la distance de cinq pouces et demi du méat externe ; alors il éprouva un mouvement brusque et entra dans la vessie en affectant de se mouvoir soudainement de haut en bas sous l'arcade du pubis. Le 25 octobre, comme il se plaignait que le cathéter le gênait douloureusement, on le sortit à trois heures après-midi, il fut replacé dans la soirée. On l'introduisit avec grande difficulté, quoique la pointe fût portée un peu supérieurement ; il fut maintenu. Le malade perdit l'appétit, s'affaiblit graduellement, et mourut le 31 octobre.

» L'autopsie fit voir le corps de la glande dans un état d'engorgement considérable, et d'une texture molle et souple. La forme de la prostate était telle que l'urètre qui la traverse avait perdu sa forme naturelle, étant concave du côté droit et convexe du côté gauche. Le moyen lobe de la glande était engorgé et se projetait dans la vessie comme pour former une valvule à l'ouverture de l'urètre. La membrane de l'urètre formait, dans un point, une espèce de forte bride entre le verumontanum et le moyen lobe : il y avait aussi un feuillet longitudinal qui s'étendait en avant du verumontanum et se perdait dans le bulbe. La membrane de l'urètre s'étant ainsi portée sur la tumeur, le canal devait être plus court, comme le prouva la mesure qu'on en prit ; du méat urinaire externe à la partie antérieure de la prostate, il n'y avait pas plus de cinq pouces et demi, et l'étendue de la partie de l'urètre qui est embrassée par la prostate était d'un pouce et demi. On découvrit que, dans la dernière introduction, l'instrument avait perforé la prostate latéralement dans l'angle qu'elle forme avec la partie membraneuse de l'urètre, et avait fait une fausse route dans la substance de la glande, par où il avait pénétré dans la vessie, sur le côté engorgé du moyen lobe. » (Everard Home, *Traité des maladies de la prostate*, traduction française, p. 116.)

Bien que le chirurgien anglais n'eût pas étudié les déformations de la prostate, et leur influence sur l'excrétion urinaire, avec tout le soin qu'on y a apporté depuis, on ne peut nier cependant qu'il ait mis ici une grande netteté dans sa description. On regrette seulement qu'il n'ait pas essayé de faire la part de la déviation de l'urètre, et du soulèvement en valvule du moyen lobe de la prostate. Il est impossible que l'obstacle à l'émission urinaire vînt des deux causes à la fois ; en tout cas, cette observation est bien un exemple de la valvule prostatique. Le mécanisme est d'ailleurs le même que dans le cas suivant, où une tumeur du lobe latéral s'avance dans la vessie vers l'orifice de l'urètre et l'obstrue en jouant également le rôle d'une soupape. Voici l'observation :

Obs. 9. « *Tumeur sur le lobe gauche de la prostate ; rétention d'urine.*

» Un homme très-âgé éprouvait depuis long-temps une difficulté d'uriner pour laquelle il entra à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Agnès. Quinze jours avant sa mort cette infirmité augmenta, sans cependant devenir complète ; mais introduisait-on la sonde après qu'il avait uriné

il sortait encore une assez grande quantité de liquide.

» Des douleurs dans le trajet du canal, des urines troubles et puriformes, firent croire à un calcul de la vessie ; mais l'exploration avec l'algalie n'ayant pu confirmer cette idée, on crut que la dysurie était seulement l'effet du catarrhe. Un jour que je sondai ce malade, je remarquai qu'au moment où le bec de l'instrument franchissait le col de la vessie, son pavillon s'inclinait à droite. La mort survint le 30 avril 1836.

» Ce n'est pas ici le lieu de dire comme avant l'ouverture, je diagnostiquai, à l'aide de mon explorateur, en présence de MM. Danyau et Prestat, l'état du col de la vessie tel qu'il va être décrit.

» L'urètre était sain et la prostate assez volumineuse. Son lobe droit était un peu plus épais transversalement que le gauche ; mais de la partie supérieure de celui-ci s'élevait une tumeur non pédiculée de 10 millimètres de hauteur de diamètre à sa base ; sa face postérieure était plus oblique que l'antérieure. On ne trouvait derrière l'orifice du canal que ce que les auteurs on décrit comme normal sous le nom de *luette*. La vessie était enflammée. Sa muqueuse, qui était mamelonnée, avait une couleur violette sur les parties saillantes, la musculeuse était épaissie ; grand nombre de cellules, dont plusieurs très-profondes ; plusieurs même présentaient deux ou trois divisions dans leur fond ; une d'elles, existant à gauche, près de l'urètre, aurait pu contenir une aveline. Uretères très-dilatés et pouvant admettre l'extrémité du petit doigt. Reins non examinés. » (Mercier, *loco cit.*, p. 236.)

Enfin, suivant M. Mercier, la tuméfaction d'un des lobes latéraux du côté de l'urètre peut, en déviant ce canal, empêcher l'urine de le parcourir, l'auteur donne plusieurs faits à l'appui de cette opinion.

Ce n'est donc pas, comme on voit, par un rétrécissement du calibre de l'urètre que l'hypertrophie de la prostate produit la difficulté ou l'impossibilité d'uriner. Au contraire, dans ce cas le diamètre du canal est généralement augmenté. Sœmmering a trouvé l'orifice du l'urètre représentant une fente antéro-postérieure d'un pouce et demi. M. Mercier a trouvé cet agrandissement de la portion prostatique de l'urètre encore plus exagéré.

La rétention d'urine ne se présente pas sous une forme invariable ; nous l'avons déjà vu alterner avec l'incontinence ; elle a d'autres anomalies. Ainsi elle peut n'être que momentanée.

Obs. 10. « *Hypertrophie urétrale du lobe droit ; rétention complète, mais non continue.*

» Delivet, âgé de soixante-dix-neuf ans, ancien menuisier, entra à l'infirmerie de Bicêtre, le 22 septembre 1835, pour une inflammation du poumon droit. Celle-ci se guérit ; mais il resta toujours une grande gêne dans la circulation, qui ne finit qu'avec la vie le 1er décembre. Huit jours auparavant il était survenu une rétention d'urine complète ; mais au bout de quatre ou cinq jours, le cours de ce liquide s'était rétabli. Pour pénétrer dans la vessie, il fallait porter le bec de la sonde à gauche.

» Je trouvai une hypertrophie générale de la prostate : la portion droite était beaucoup plus développée que l'autre et faisait une saillie assez considérable *du côté de l'urètre*. En outre, un tubercule gros comme une noisette, existait sur la partie droite de la portion transversale ; un autre, pisiforme, se trouvait un peu plus à gauche et à la base du premier. » (Mercier, *loco cit.*, p. 239.)

M. Mercier explique l'irrégularité qui se manifeste ici dans l'excrétion urinaire par la manière tantôt exacte, tantôt inexacte, avec laquelle s'engrèneraient en quelque sorte les saillies et les enfoncements qui bordent l'orifice de l'urètre. Nous avons vu que ce point nous paraît encore exiger de nouvelles recherches pour pouvoir comporter cette précision de langage.

On trouve dans le même auteur plusieurs observations de ce phénomène, nous en avons choisi une qui semble propre à donner une idée de ce regorgement de l'urine dans cette affection prostatique.

Obs. 11. « *Hypertrophie simple de la portion sus-montanale ; rétention d'urine avec regorgement ; cystite ; mort.*

» F. Chevalier, cartonnier, âgé de 56 ans, très-adonné aux boissons alcooliques et portant sur sa figure le cachet d'une vieillesse anticipée, entra à la Charité le 14 février 1838, salle Sainte-Vierge, n° 19. Depuis neuf mois il lui fallait de grands efforts pour expulser son urine, et encore ne sortait-elle qu'avec un jet petit, bifide, entortillé ; mais ce n'est que la veille de son entrée à l'hôpital, qu'après un excès de vin, il se trouva dans l'impossibilité de la rendre ; seulement, à partir de ce moment, il en suintait continuellement quelques gouttes sans qu'il le sentît, et ses draps étaient mouillés. Dans le principe, ses urines étaient claires, et jaillissaient avec force par la sonde qu'on lui introduisait chaque fois qu'il en avait besoin.

» Cependant une douleur se manifesta du côté de la vessie ; les urines devinrent troubles, purulentes, sanguinolentes. Le 7 mars, elles présentaient ces caractères au plus haut degré, et malgré leur fétidité, leur odeur dite *ammoniacale*, elles rougissaient le papier de tournesol. C'était surtout vers la fin qu'elles devenaient beaucoup plus troubles, et alors le malade éprouvait des douleurs tellement vives qu'il en poussait des gémissements. Je lui demandai si c'était le frottement de la sonde contre les parois vésicales qui causait de telles souffrances, il me répondit négativement et il les rapportait à la partie la plus reculée du canal. D'ailleurs, la vessie ne paraissait pas se vider complétement ; la sonde s'y mouvait avec assez de facilité, et la toux en faisait encore jaillir de l'urine.

» Les besoins d'uriner devinrent de plus en plus fréquents ; une douleur très-vive se fit sentir dans le flanc gauche, vers la fosse iliaque du même côté, et s'irradiait derrière la hanche. L'affaiblissement ainsi que la souffrance allèrent toujours en augmentant ; l'intelligence se troubla ; la langue devint rouge, sèche, et la mort survint le 21 mars. Les urines, examinées quelque temps avant la mort avec le papier bleu seulement, n'étaient plus acides.

» A l'ouverture du cadavre, je trouvai l'urètre parfaitement sain, les lobes latéraux de la prostate du volume ordinaire et même petits ; la portion sus-montanale formait une valvule surmontée de deux petites éminences, de la forme et du volume d'un pois, et séparées sur la partie moyenne par un sillon vertical peu profond. Cette valvule s'avançait jusqu'au bord antérieur de l'orifice vésico-urétral et c'était très-probablement par le sillon qui séparait les deux tumeurs que se faisait le regorgement de l'urine. La muqueuse qui recouvrait cette valvule était saine, un peu rouge seulement. Celle de la vessie était enflammée dans toute son étendue, surtout au niveau du trigone et de la paroi postérieure, où elle avait une couleur d'un rouge violet.

» Cette observation n'a pas besoin de commentaires ; cependant voici quelques remarques qu'elle me suggère : 1° si on n'eût vu cet homme qu'à la deuxième période de sa maladie, on n'aurait pas manqué de croire à une paralysie de la vessie, puisque cet organe ne se vidait pas complétement, même lorsque la sonde donnait au liquide une issue facile ; 2° il est très-probable qu'on aurait été confirmé dans cette idée par l'autopsie ; car les tumeurs existant au col de la vessie méritaient à peine ce nom ; cependant il aurait suffi, pour éviter l'erreur, d'abord de s'informer des antécédents, ensuite de faire l'autopsie de la manière que je vais indiquer. Si, comme cela se fait ordinairement, on fend le canal tout le long de sa paroi supérieure, en prolongeant l'incision sur la paroi antérieure de la vessie, et qu'on écarte ensuite les deux lèvres de cette incision ; alors en supposant qu'il n'y ait qu'une simple valvule, celle-ci se trouve tiraillée d'un côté à l'autre, perd dans le sens antéro-postérieur ce qu'elle gagne dans le sens transversal, et n'est plus assez saillante pour frapper les yeux des personnes non prévenues, et surtout pour leur rendre compte de la rétention d'urine. Il faut donc, avant d'ouvrir l'urètre, inciser la paroi antérieure de la vessie sur la ligne médiane jusqu'à son col

exclusivement ; on voit alors parfaitement comment la valvule ferme l'orifice.» (Mercier, *loco cit.*, p. 244.)

Après l'usage un peu prolongé de la sonde à demeure, l'urine peut reprendre son cours normal pour se suspendre encore ou se supprimer définitivement.

Obs. 12. « *Hypertrophie générale avec tumeur sur la portion sus-montanale; alternatives d'ischurie et de miction normale.*

» Ganivet, âgé de soixante-dix-huit ans, affecté de maladies vénériennes dans sa jeunesse, fut pris, pendant la nuit du 13 avril 1834, d'une rétention d'urine complète, qui le fit entrer le lendemain à l'infirmerie de Bicêtre. Une personne peu habituée ayant essayé de le sonder, ne put y parvenir et donna lieu à un écoulement de sang qui fut assez abondant jusqu'au lendemain matin, et ne s'arrêta que lorsqu'on eut mis à demeure une sonde élastique volumineuse, ce qui se fit avec la plus grande facilité. Le malade, pendant plusieurs mois, ne put uriner spontanément une seule goutte, malgré les plus violents efforts et dans les positions les plus diverses. Les douleurs excessives qu'il éprouvait ne tardèrent pas à aigrir fortement son caractère naturellement irascible.

» Cependant, au commencement de septembre, il commença à uriner sans sonde, et même, après quelques jours, il le fit si bien qu'on le regarda comme guéri ; on le fit passer à la salle des convalescents.

» Mais, au bout d'un mois, de la gêne revint. Plusieurs fois on fut obligé de le sonder, et quelquefois même avec difficulté ; cependant il suffisait, lorsqu'on arrivait au col de la vessie, de porter le bec de l'instrument fortement en avant pour pénétrer aisément.

» Enfin la rétention devint complète, les glandes de l'aine gauche s'enflammèrent, et Ganivet rentra à l'infirmerie, dans les premiers jours de novembre. Des applications émollientes dissipèrent l'inflammation des glandes; mais il y resta de l'engorgement, et le malade nous dit que depuis long-temps elles étaient volumineuses ; on remit des sondes à demeure; mais leur présence et leur introduction excitaient la plus vive douleur.

» Vers le milieu du mois, l'appétit diminua, la langue devint sèche, et tous les symptômes de gastro-entérite se manifestèrent bientôt. Le malade arriva à un tel degré d'irritation, que plusieurs fois il essaya de se suicider, et il l'aurait certainement fait si on ne lui en eût enlevé tous les moyens. Une stomatite intense se déclara, puis de l'adynamie ; enfin le 5 décembre, la mort vint mettre un terme à tant de souffrances.

» *Autopsie.* Rougeur des plus vives dans toute l'étendue du canal digestif.

» La prostate était tuméfiée, et le canal qui la traverse était élargi. La luette vésicale avait atteint le volume d'une grosse noix et formait un tubercule composé, dans sa partie inférieure, d'un tissu dur et blanchâtre, semblable à celui de la prostate, avec lequel il se continuait, et, dans sa partie supérieure, d'un autre tissu blanc-bleuâtre, semi-transparent, et se continuant sous la muqueuse, dans toute l'étendue du trigone vésical (il est question ici du tissu musculaire). Ce tubercule était bien exactement circonscrit, et de chaque côté existait une gouttière aboutissant à l'urètre. Un calcul aplati, en forme de croissant, blanchâtre et friable, long de 20 millimètres et presque aussi large, se trouvait derrière cette tumeur et l'embrassait par sa concavité. Vessie rétrécie et chroniquement enflammée; muqueuse épaissie, noire et mamelonnée.

» Les souffrances et le désespoir de ce malade le rendent encore présent à mon esprit. Le chirurgien en chef le disait frappé de paralysie vésicale. Et lorsque le cours de l'urine se rétablit, il prétendit que c'était la présence de la sonde qui avait réveillé la contractilité de ce viscère; nous avons vu ce qu'a démontré l'autopsie. Certes, pendant le court moment de trêve dont le malheureux a joui, sa tumeur n'avait pas disparu; mais elle avait seulement changé de position, elle s'était un peu relevée par l'effet de la sonde. Défions-nous donc de toutes ces théories qui ne reposent que sur certains succès, lesquels ont coïncidé avec l'em-

ploi de telle ou telle méthode, surtout quand ces méthodes ont nécessité l'introduction d'un instrument dans la vessie, les injections, par exemple. N'oublions pas en outre que l'inflammation, l'induration et la désorganisation de la tunique charnue peuvent anéantir sa contractilité. Or, comme ces accidents succèdent souvent à la dysurie, et qu'ils peuvent éprouver des modifications sous l'influence de certains traitements, et quelquefois même sans cause connue, on conçoit comment, l'obstacle restant le même, la vessie peut lutter contre lui avec des degrés d'énergie très-variable. C'est parce qu'on n'a pas fait attention à cette espèce d'antagonisme, que tant d'idées fausses se sont vulgarisées. » (Mercier, *lieu cité*, p. 254.)

Dans le cas suivant, un malade, qui ne pissait que difficilement ou même point du tout quand il se tenait debout ou sur les genoux, rendait facilement son urine quand il était couché sur le dos, comme si alors la tumeur se renversant en arrière dégageait le col.

Obs. 13. « Un gentleman, âgé de trente-cinq ans, se plaignait de la vessie depuis quelques années; on soupçonnait la pierre; et ce soupçon se trouvait fortifié par de petits calculs qu'il rendait deux ans avant de mourir; et quoiqu'il eût été examiné par plusieurs chirurgiens, soit qu'on le sondât, soit qu'on introduisît le doigt dans le rectum, on n'y distingua jamais de pierre. Tant qu'il restait en supination, il urinait avec peu ou point de difficulté, mais aussitôt qu'il était debout ou sur ses genoux, il était obligé de faire de violents efforts, et à peine laissait-il écouler quelques gouttes de liquide. Six mois environ avant sa mort, il se plaignait d'une douleur qu'il rapportait à la région médiane entre l'estomac et la vessie.

» Environ une quinzaine avant de mourir, il fut sondé par Hunter; l'instrument entra dans la vessie sans difficulté et avec moins de douleur qu'à l'ordinaire; mais il ne rencontra point de pierre. On examina la prostate par l'anus, avec le doigt indicateur, on remarqua qu'elle était plus grosse que dans l'état naturel, mais pas autant cependant que pouvait l'indiquer la cause de tous les symptômes. On regarda alors la maladie comme une irritation de la vessie; en conséquence, on appliqua un vésicatoire sur le sacrum; le jour suivant, il eut une évacuation alvine; l'urine parut couler moins souvent. Cet état aurait bien pu finir par une rétention, mais ce n'était pas encore arrivé. L'effet cantharidique s'arrêta dans la soirée, mais il eut un fort accès de fièvre, pour lequel on administra la poudre de James, et une potion purgative; la fièvre augmenta pendant deux jours, le malade commença à perdre connaissance, la fièvre devint si violente qu'il ne put faire usage de ses sens; le vésicatoire ayant été négligé, il se cicatrisa quatre jours après l'apparition de la fièvre. La région vésicale était tendue et douloureuse, ce qui faisait croire à la distension de la vessie, bien qu'il urinât sans en avoir la sensation. On introduisit la sonde, et l'urine coula; on fit la même opération toutes les huit heures. La vessie prit une si grande distension, que cet organe perdit le pouvoir de se vider à l'aide du cathéter. Il fallut avoir recours à la pression sur les muscles abdominaux, pour expulser l'urine.

» La sonde pénétrait rarement dans la vessie sans être soutenue et aidée par le doigt indicateur passé dans le fondement; et jamais on ne put parvenir à y introduire une sonde de gomme élastique sans mandrin.

» Le malade d'un jour à l'autre alla plus mal; il tomba dans une espèce d'assoupissement, et de là il passa à un état convulsif, et mourut sept ou huit jours après l'explosion de la fièvre.

» En examinant le corps, on trouva la vessie engorgée, épaissie, fasciculée; et la membrane interne, soulevée en plusieurs endroits entre les fascicules, formait de petites poches : on y trouva sept ou huit pierres dont le plus grand nombre offrait une forme triangulaire ou presque telle, les côtés adaptés en quelque sorte l'un à l'autre.

» Le corps de la prostate avait acquis un engorgement assez considérable, mais le moyen lobe était de la grosseur d'un œuf de poule, d'une forme pyramidale, et semblait se porter en pointe un peu

derrière le verumontanum, vers l'endroit où il a l'apparence d'une queue de poire. De ce point, il allait en augmentant graduellement, et se portait par derrière, et dans la cavité vésicale ; il se terminait en un corps gros et arrondi, qui remplissait tout le col et la partie inférieure de la vessie. Il était mou dans sa substance, et recouvert d'une membrane lisse. Sur chaque côté de la tumeur, à l'endroit où s'adapte le col de la vessie, on apercevait la partie où était venu s'arrêter le cathéter ; en ce même lieu il avait déchiré légèrement la membrane interne.

» La saillie de la prostate s'était opposée à ce que la sonde vînt rencontrer les pierres, lorsqu'on cherchait à les trouver ; c'était d'autant plus difficile que le malade était couché sur le dos.

» Les uretères et les bassinets des deux reins étaient assez engorgés ; les uretères faisaient plusieurs circonvolutions dans leur trajet, et au côté droit, le tour sur lui-même était si court, que l'urine ne pouvait couler que goutte à goutte, à travers le reste de l'uretère. » (Everard Home, *Traité des maladies de la prostate*, traduct. française, p. 119.)

Il ne faut pas oublier que le cas était complexe, et que les calculs pouvaient jouer un rôle dans le trouble de l'excrétion urinaire.

L'émission de l'urine peut encore offrir une singularité curieuse. Chez certains malades, il arrive que le jet s'arrête tout à coup et complétement, et cela au moment où il semblerait qu'il dût être le plus prononcé, au moment des efforts les plus énergiques ; puis il reprend quand le malade a cessé ces efforts. Cette remarque appartient à J.-L. Petit (*loco cit.*, p. 757). Ce fait s'explique parfaitement par une tumeur pédiculée jouant le rôle de soupape. En effet, pendant le repos ou la contraction modérée de la vessie, la tumeur conservant sa position dans la vessie laisse le col libre ; mais si le courant s'accélère, il peut entraîner la tumeur sur l'orifice urétral, qui se trouve ainsi obturé, puis, cette cause supprimée, la tumeur reprend par son élasticité son attitude primitive et l'urine peut recommencer à couler. A la manière dont J.-L. Petit généralise ce symptôme, on voit qu'il ne connaissait bien que cette variété de l'hypertrophie de la prostate, c'est-à-dire celle qui consiste dans une tumeur faisant saillie dans la cavité de la vessie. Il devait en être ainsi ; c'est l'espèce qui devait le plus attirer l'attention.

« Quant au regorgement d'urine, qui survient assez souvent aux personnes affectées de dysurie, il se produit d'autant plus sûrement qu'il y a moins de disproportion entre le canal et l'obstacle. Supposez un état moyen entre les circonstances qui favorisent l'incontinence et celles qui amènent la rétention, alors la vessie ne pourra se vider complétement ; mais aussi le col, soit en raison de sa dilatation, soit en raison du peu de volume de l'obstacle, ou pour ces deux causes réunies, ne pourra retenir l'urine lorsqu'elle sera arrivée à un certain degré d'accumulation.

» Cela a lieu surtout lorsque la portion sus-montanale écarte les lobes latéraux et ne forme en avant qu'une saillie peu prononcée, qui, lorsque la distension de la vessie la tire en arrière, ne ferme qu'incomplétement l'orifice de l'urètre. » (Mercier, *loco cit.*, p. 293.)

Pour aider à l'intelligence de ces cas difficiles, nous appelons à notre aide le plus grand nombre possible de faits.

OBS. 14. « *Hypertrophie simple de la portion sus-montanale ; rétention d'urine avec regorgement ; accidents graves ; mort.*

» Vers la fin du mois de mai dernier, me trouvant à l'amphithéâtre de la Charité, j'assistai à l'autopsie d'un homme de cinquante-cinq ans environ, dont voici l'histoire en peu de mots : il éprouvait depuis long-temps de la dysurie et d'autres accidents pour lesquels il consulta un médecin ; celui-ci le sonda et lui dit, non-seulement qu'il avait la pierre, mais il lui en détailla le siége, la forme et le volume, et lui conseilla de se rendre à Paris. Le malade entra donc dans le service de M. Velpeau. Ce chirurgien constata que la vessie ne se vidait jamais complétement, que souvent les urines sortaient par regorgement ; plusieurs fois même il fut obligé de sonder le ma-

lade pour les évacuer; mais jamais il ne trouva de calcul. Des signes de cystite et de néphrite s'étaient manifestés, on les combattit inutilement, et la mort survint. On trouva, à l'ouverture, que la prostate avait au plus le volume de celle d'un adulte; la vessie était assez large; sa muqueuse bleuâtre; des colonnes charnues, sans être très-saillantes, soulevaient cette membrane. Immédiatement en dehors de l'embouchure de l'uretère droit se trouvait une ouverture de 6 à 8 millimètres de diamètre, et conduisant dans une poche capable de contenir une petite orange. Pas la moindre concrétion calculeuse. Les deux uretères étaient larges de plus de 6 millimètres; leur membrane interne était enflammée; le rein gauche avait à peu près son volume ordinaire, seulement la membrane de ses calices offrait des rougeurs et des arborisations. Le droit avait considérablement augmenté de volume; il avait au moins 18 centim. de longueur, et ses autres dimensions proportionnées; sa substance était molle, d'un rouge clair; le doigt s'y enfonçait aisément, et il en résultait une sorte de boue semblable à un mélange de pus et de sang.

» Chacun se demandait alors quelle avait été la cause de si funestes accidents, et notamment de la rétention d'urine. Les uns l'attribuaient à une paralysie vésicale; d'autres pensaient qu'elle provenait de ce que la petite poche ne pouvait pas se vider; mais je fis remarquer que la portion sus-montanale de la prostate était le siége d'une tuméfaction légère, que cette éminence avait à peine le volume d'une petite noisette et ne s'élevait pas dans la vessie, mais qu'elle faisait saillie dans le canal, et qu'en rapprochant les deux bords de la section de l'urètre, elle venait s'appliquer contre la paroi antérieure de ce canal et le fermait. On conçut aussi facilement, d'après son peu de volume, comment l'urine pouvait sortir par regorgement lorsque la distension de la vessie tirait en sens contraire les différents points de son col. (M. Velpeau m'a fait don de cette pièce, que je conserve.)

» Le même jour, M. Cruveilhier, médecin du même hôpital, faisait l'autopsie d'un vieillard obèse, qui, affecté depuis long-temps d'un catarrhe vésical, fut pris peu de temps avant sa mort d'un gonflement de la parotide gauche et d'une péritonite aiguë. On avait remarqué qu'il urinait difficilement, quelquefois par regorgement, et M. Helye, interne du service, l'avait sondé plusieurs fois. Nous trouvâmes une inflammation de la parotide et une rougeur assez vive de la membrane interne du canal de Stenon. En pressant cette glande on faisait sortir du pus par la bouche, et en la coupant il en suintait de toutes parts; péritonite générale, surtout aux environs de la vessie; cependant la cavité abdominale n'exhalait pas une odeur urineuse. La vessie était large et sa muqueuse rouge dans toute son étendue; on y rencontrait de nombreuses alvéoles, et, dans un très-grand nombre, la membrane interne était détruite; de sorte qu'il y avait plusieurs abcès sous-péritonéaux (*voy.* 3e partie). La prostate avait très-peu augmenté de volume, seulement sa portion sus-montanale formait une valvule à la présence de laquelle étaient dus tous ces accidents. Je démontrai, comme dans le cas qui précède, ses effets aux nombreux assistants, et personne ne se refusa à l'évidence.

» En lisant ces deux observations, on ne peut s'empêcher de se dire : à quoi tient donc notre fragile existence? quoi! un gonflement si faible causer les accidents les plus graves, et, en définitive, la mort; la mort, précédée des souffrances les plus cruelles! Mais aussi l'on se demande avec étonnement comment on n'a pas plus tôt cherché à connaître une maladie qui, dans des cas tels que ceux-là, est cependant si facile à guérir.

» Parfois il suffit de circonstances presque insignifiantes en apparence, pour prévenir de tels résultats, ou même pour en amener de tout à fait contraires. Ces circonstances peuvent être très-diverses; mais l'observation suivante nous en donnera facilement une idée. » (Mercier, *lieu cité*, p. 247.)

Maintenant que nous avons exposé isolément l'incontinence, la rétention et le regorgement d'urine produits par l'hypertrophie de la prostate, il nous

reste à parler de la marche et de l'enchaînement de ces symptômes.

Commençons par établir que l'affection peut être long-temps latente et ne se déclarer qu'à l'occasion de causes qui portent leur action sur la prostate. Voici un cas où cette cause fut double, et consista à la fois dans les secousses de l'équitation et dans une congestion cérébrale.

Obs. 15. « Vers la fin de 1838, je fus appelé à Pontoise pour sonder un sexagénaire, qui avait eu la veille, en voyageant, une légère attaque d'apoplexie, à la suite de laquelle s'était manifestée une rétention d'urine. Quelques tentatives inutiles de cathétérisme avaient été faites. La vessie était fortement distendue, mais le malade ne souffrait pas beaucoup. En introduisant la sonde, je reconnus que l'urètre, près du col vésical, était dévié en haut, et que le col lui-même était refoulé en arrière, qu'en conséquence le corps de la prostate était tuméfié. Je constatai aussi que cette partie du canal était dure et roide. L'urine retirée à la quantité de deux pintes, avait une couleur brune et une odeur fétide. Le cathétérisme n'était pourtant pas difficile. Il fut convenu qu'on introduirait de nouveau la sonde le lendemain et les jours suivants. Plus tard, le malade vint à Paris. Je le sondai d'abord, puis je lui appris à introduire lui-même une sonde courbée sans mandrin, avec recommandation d'y recourir au moins trois fois par jour, et même plus souvent si le besoin d'uriner se manifestait; je lui enjoignis aussi de faire des injections d'eau froide dans la vessie. Lorsqu'il fut au courant de cette pratique, il retourna à Metz, sa résidence, où il continua les mêmes moyens, en y associant les purgatifs et les frictions toniques. J'avais fait un précepte spécial de porter un suspensoir, dans l'espérance de prévenir l'engorgement des testicules, si commun en pareil cas. Le malade ne put néanmoins échapper à cet accident, qui le retint au lit chez lui pendant près de deux mois. Durant ce laps de temps, la faculté d'uriner naturellement, qu'il avait recouvrée, du moins en partie, se perdit de nouveau, et plusieurs mois d'emploi régulier de la sonde et des injections, sans compter les traitements accessoires, furent nécessaires pour que la sonde cessât d'être indispensable. Ce n'était là qu'une amélioration légère, et qui ne permettait pas au malade de s'oublier un seul instant. L'affaiblissement de l'innervation, par suite de la congestion cérébrale, et la lésion de la prostate, qui continue de gêner la sortie de l'urine, rendent le cas très-grave, et paralysent jusqu'à un certain point les ressources de l'art. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, t. ii, pag. 372.)

D'autres fois, après être restés longtemps sans se manifester malgré une déformation considérable de la prostate, ces symptômes se montrent enfin sans cause nettement appréciable.

Obs. 16. « *Deux tumeurs, l'une sur la portion sus-montanale, l'autre sur le lobe gauche de la prostate; rétention d'urine tardive.*

»Pescheux, journalier, âgé de soixante-treize ans, eut à l'âge de trente ans environ, une légère rétention qui dura huit ou quinze jours au plus. Depuis, il n'éprouva pas le moindre accident du côté des voies urinaires. Il pissa très-bien jusqu'au 25 mars 1836, époque où l'urine s'arrêta complétement. Il faut dire cependant que depuis six semaines il éprouvait quelque difficulté; quelquefois le liquide s'arrêtait pour revenir ensuite. Constipation habituelle; il allait à la garde-robe chaque jour, mais avec des efforts tellement violents que quelquefois il faisait du sang. Le 25 mars au matin, il y alla et urina en même temps; mais, quelques heures après, voulant de nouveau rendre de l'eau, tous ses efforts furent inutiles. On le sonda ce jour et le lendemain; dans l'intervalle il ne sortit que quelques gouttes, pendant qu'il toussait. Cet homme étant aveugle ne put indiquer quel était l'état des urines; cependant il entendit dire qu'elles étaient claires. Le 1er avril il entra à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, n° 21.

» Le ventre était alors tendu, et des douleurs se faisaient sentir dans la région lombaire. La sonde entra avec fa-

cilité et sans dévier ; seulement je fus obligé de l'introduire assez profondément pour l'engager dans la portion prostatique, et de relever fortement son bec en avant pour entrer dans la vessie. En touchant par le rectum, les lobes latéraux de la prostate me parurent médiocrement et également hypertrophiés. Le lendemain, on mit une sonde à demeure, et je ne pus pousser plus loin mes explorations.

» Le 4, le malade, qui n'était pas allé à la selle depuis le 25 mars, eut une évacuation qui le soulagea. Le 7, hématurie, qui obligea de le sonder ; on retira même plusieurs caillots, au moyen d'injections et en aspirant avec une seringue. Vives douleurs dans la verge ; cathétérisme chaque fois qu'il était nécessaire.

» Le 9, l'urine n'était presque plus sanguinolente. Le 10, elle redevint rouge, épaisse, d'une odeur très-forte, et elle noircissait instantanément les algalies.

» Le 11, fièvre, diarrhée ; urines plus rouges, plus épaisses, combinées avec le sang, et ne présentant que de très-petits caillots. Alors on ne se servait que de très-fortes algalies, et, arrivé au col de la vessie, leur bec se déviait constamment à gauche. Mort le 13.

» Reins volumineux ; le gauche était sain ; mais le droit contenait du pus dans ses calices. Son tissu était hyperhémié, et, quand on le pressait, de gros vaisseaux donnaient du sang, surtout entre les deux substances. Uretères dilatés tous deux de manière à admettre le doigt dans leur intérieur.

» Vessie peu épaisse, d'une assez grande capacité. En haut de sa face postérieure, elle présentait des marbrures violettes ; cependant, là comme ailleurs, le péritoine était sain. Muqueuse très-enflammée, surtout au niveau de l'endroit que je viens d'indiquer. Dans un grand nombre de points, des pellicules blanchâtres s'en détachaient, et laissaient voir une surface noire. Beaucoup d'enfoncements alvéolaires, mais tous peu profonds.

» Les lobes latéraux de la prostate étaient médiocrement hypertrophiés, et moins dans le sens transversal que dans l'autre. Le gauche, tout près du bord antérieur du col vésical, était surmonté d'une tumeur grosse comme une petite noix, et un peu moins large à sa base qu'à son sommet.

» La portion sus-montanale était très-tuméfiée et formait du côté de la vessie une tumeur arrondie, du volume d'une pomme d'api, et à très-large base. Cette tumeur était plus à droite qu'à gauche, et toutes ces circonstances faisaient que l'orifice urétral présentait assez bien la forme d'une courbe à concavité tournée du côté de l'aine gauche.

» C'est par cette observation que je terminerai ce paragraphe. Je la donne pour montrer, autant qu'il dépend de moi, la maladie sous toutes ses formes. On remarquera que, malgré le volume de la tumeur postérieure, la rétention d'urine ne survient que très-tard, et que rien dans l'état de la vessie n'indique que le malade eût éprouvé une dysurie ancienne, dont il n'aurait pas eu la conscience ; cela vient sans doute de ce que la tumeur antérieure empêchait l'autre de s'incliner trop en avant. Remarquons cependant que les uretères étaient très-larges. » (Mercier, *lieu cité*, p. 257.)

M. Civiale a observé plus d'un cas analogue ; le suivant est tiré de sa pratique.

Obs. 17. « Un homme, âgé de soixante-dix ans, a été lithotritié par moi en 1832. Il est d'une forte complexion et d'un grand embonpoint. Pendant l'opération, j'avais reconnu un engorgement prostatique, qui la rendit plus douloureuse qu'elle ne l'est dans les cas ordinaires. Cependant, au moyen d'une manœuvre que j'ai décrite ailleurs, je parvins à faire pénétrer les instruments et à détruire la pierre. Depuis cette époque, le sujet s'est bien porté jusqu'au 22 juillet 1838. Ce jour-là même, il avait très-bien uriné, et ne s'était rien permis qui pût lui faire augurer une mauvaise nuit. Cependant, deux heures après s'être mis au lit, il fut pris de coliques violentes, avec de grands besoins d'uriner, qu'il ne put satisfaire. Le lendemain, on essaya de le sonder, mais de grandes difficultés se présentèrent. Ce ne fut qu'après plusieurs tentatives prolongées qu'on parvint dans la vessie, d'où l'on retira deux pintes de liquide. Lorsque je fus appelé,

je trouvai la prostate énormément gonflée, et j'eus de la peine à placer une sonde flexible, qui fut fixée à demeure. Douze jours après on la changea, et cette fois les difficultés de l'introduire furent moindres. On continua ainsi le traitement pendant plusieurs mois. Le malade a fini par recouvrer la faculté d'uriner sans le secours des instruments. » (Civiale, *lieu cité*, p. 288.)

Nous insistons sur ces cas destinés à bien faire connaître la marche de la maladie, point généralement trop négligé, d'un aveu assez général.

La plupart des auteurs, qui se sont spécialement occupés de la question, admettent avec Guthrie que l'incontinence précède la rétention Desault est presque le seul qui fasse exception, et il s'est trompé en disant que l'incontinence d'urine était une infirmité rare chez les vieillards. Voici comment s'établit ordinairement cette incontinence. Les malades éprouvent d'abord des envies fréquentes d'uriner, sans qu'il y ait de douleur du côté de la vessie, et, à chaque fois, ils ne rendent qu'une petite quantité de liquide. Plus tard ces envies, en redoublant de fréquence, deviennent pressantes et le malade est obligé de les satisfaire au plus vite sous peine de se salir. Bien entendu que ces besoins subissent d'ailleurs l'influence des causes qui excitent les contractions de la vessie, comme le froid, par exemple. M. Mercier cite le cas d'un vieillard qui n'y pouvait résister chaque fois qu'il entendait s'échapper l'eau d'un robinet. Plus tard encore, à mesure que le mal fait des progrès, quelques gouttes d'urine s'échappent pendant le sommeil; enfin il arrive que les urines sont rendues à toute heure du jour et de la nuit, tantôt sans que le malade en soit averti autrement que par une sensation de chaleur le long de l'urètre, tantôt sans qu'il s'en aperçoive aucunement.

Cet état persiste quelquefois jusqu'à la fin de la vie, et, avec du soin et de la propreté, le malade peut encore résister assez long-temps; mais l'odeur repoussante qu'il exhale le condamne à l'isolement, il est déjà mort pour la société.

Mais le plus communément il en est autrement; l'incontinence devient de moins en moins continue; la vessie récupère jusqu'à un certain point la faculté de retenir les urines, le malade se croit guéri. Il n'en est rien cependant, sans cause connue le jet urinaire perd de sa force insensiblement, il se contourne, se bifurque, s'éparpille, et le liquide finit par tomber goutte à goutte sur les souliers. Des engourdissements, des tiraillements se font sentir vers le col vésical et se propagent le long de l'urètre jusqu'au gland comme dans la pierre. Lorsque le malade veut rendre son urine, il ne parvient à en chasser quelques gouttes qu'au prix des plus grands efforts; et quand il a fini, il sent que la vessie ne s'est pas complétement vidée; il recommence ses efforts, qui ne sont pas plus efficaces que la première fois. Chez certains sujets, cette scène se répète à chaque instant, tantôt plus souvent la nuit, tantôt le jour, sans qu'on puisse entrevoir la raison de cette différence. Suivant M. Guthrie, ce qui entretient ce ténesme, ce sont 30 ou 60 grammes d'urine qui restent dans la vessie; et la preuve, dit-il, que c'en est la véritable cause, c'est que si l'on évacue complétement la vessie à l'aide de la sonde, le malade peut ensuite dormir paisiblement pendant six ou sept heures consécutives, et à son réveil il rend 200 à 250 grammes d'urine, c'est-à-dire sept ou huit fois plus qu'il n'aurait fait en douze fois, si l'on n'avait pris cette précaution. Le chirurgien anglais explique cette particularité par les propriétés irritantes que donne à l'urine un séjour prolongé dans la vessie, et parce que ce viscère n'étant jamais entièrement vidé ne revient jamais à son état de repos (Guthrie, *lieu cité*, p. 257). M. Mercier, s'il n'adopte pas complétement cette théorie de Guthrie, s'en rapproche au moins beaucoup en convenant que le cathétérisme éloigne les besoins d'uriner.

Quoi qu'il en soit, le mal continuant ses progrès, voici ce que devient la situation du malade :

« Il arrive un temps où il faut des efforts tellement énergiques que le malade est obligé de se pencher forte-

ment, afin que le diaphragme pousse plus directement les viscères dans le petit bassin; il se cramponne aux meubles, aux chaises pour que son thorax, devenu immobile, puisse donner aux muscles de l'abdomen une fixité plus grande, plus efficace; tantôt il se promène dans sa chambre, tantôt il s'assied sur une chaise percée pour pouvoir sans crainte déployer toute son énergie musculaire. Pendant ce temps la verge se gonfle, le gland devient violet; la face elle-même s'injecte, les yeux deviennent brillants, sortent de leur orbite; la respiration est haletante, et quelquefois même le visage est inondé de sueur. Parfois, pendant ces efforts, les matières fécales s'échappent involontairement, le rectum se renverse; rien de plus commun que de voir des hernies en être l'effet. Au bout d'un temps variable, les urines deviennent troubles, la vessie douloureuse, la fièvre s'allume; mais toutes ces complications trouveront place dans la classe des accidents consécutifs. Enfin il vient un moment où la rétention d'urine est complète; tel fut le cas du vieillard dont j'ai parlé il n'y a qu'un instant.

» Chez quelques malades, l'émission de l'urine se fait d'autant moins bien qu'ils font plus d'efforts pour l'activer; quelquefois même c'est pendant ces efforts que le courant se trouve tout à coup et complétement interrompu. J.-L. Petit, qui a fait cette remarque, a eu le tort de la donner d'une manière trop générale; ce qui tient sans aucun doute à ce que, de toutes les rétentions produites par le gonflement de la prostate, il ne connaissait que celles qui résultent des tumeurs développées du côté de la vessie. En effet, tant qu'une éminence de ce genre s'élève verticalement, elle ne ferme pas le canal; mais supposons que, peu à peu, l'écoulement de l'urine l'incline en avant, il pourra venir un moment où tout à coup l'impulsion du courant l'appliquera contre l'orifice vésico-urétral, et l'obstruera complétement.

» D'autres fois c'est pendant le sommeil que l'urine, en s'accumulant, presse de plus en plus sur la tumeur déjà préalablement inclinée en avant, et l'applique contre le col vésical. Le malade, qui avait uriné avant de se coucher, se réveille avec une rétention complète. » (Mercier, *lieu cité*, p. 327.)

Chez certains sujets c'est la rétention qui est le phénomène initial, sans qu'elle ait l'incontinence pour prélude.

La rétention devient quelquefois complète tout à coup ou s'établit d'emblée sous l'influence d'une accumulation de matières fécales dans le rectum. Beaucoup de chirurgiens pensent que cette suspension du cours de l'urine est due à la compression de l'urètre. Cette manière de voir est combattue par M. Mercier. Nous renvoyons à son livre (p. 329) pour ces idées purement spéculatives.

M. Civiale n'admet pas aussi complétement que M. Mercier l'explication mécanique des troubles de l'excrétion urinaire. Voici à cet égard la doctrine de M. Civiale; ce passage sera d'ailleurs un utile résumé de cette question délicate.

« ...Il en est de même quand l'orifice vésical de l'urètre se trouve réduit à une espèce de fente, soit verticale, soit horizontale. Alors même que les lèvres de cette fente ne sont pas de niveau, et qu'elles peuvent chevaucher l'une sur l'autre de manière à constituer, comme l'on dit, une sorte de soupape, qui ferme pour ainsi dire toute issue à l'urine, la rétention complète et prolongée se déclare rarement, à moins qu'elle ne se rattache à d'autres circonstances simultanées. Ce système de soupape, dont on a fait quelque bruit de nos jours, n'a pas une influence si puissante et si directe qu'on a semblé le croire. Certainement, lorsqu'il existe une tumeur pédiculée à laquelle son volume et sa situation permettent de boucher l'orifice de l'urètre, ou un large repli valvulaire, ou une barrière transversale très-élevée, ou une de ces tuméfactions énormes du corps de la prostate qui changent totalement la forme des parties, on comprend très-bien la possibilité d'une rétention d'urine. Mais ces cas sont rares, comparativement aux difficultés excessives d'uriner ou aux rétentions complètes qu'on observe dans les maladies, même peu développées, de la prostate. C'est une remarque que j'ai faite depuis long-temps, et qui n'a pas échappé non plus à d'autres praticiens,

que les difficultés d'uriner sont rarement proportionnées aux progrès de l'affection de la glande. A chaque instant on rencontre des hommes chez lesquels l'excrétion de l'urine présente les plus grands désordres, quoique leur prostate n'offre qu'un commencement de tuméfaction, sans complications; d'autres, au contraire, vident leur vessie assez facilement, ou même sans difficulté, quoique l'hypertrophie, partielle ou totale, de la glande soit parvenue chez eux au point de former des tumeurs considérables au col vésical.

» En cherchant à expliquer ces bizarreries par la seule situation de la tumeur relativement à l'orifice vésical de l'urètre, on a oublié que l'action de ce dernier est toujours plus ou moins influencée par l'hypertrophie de la glande, et l'on n'a tenu aucun compte non plus de celle du corps de la vessie. Ce qui prouve combien une telle théorie est erronée, c'est que les troubles fonctionnels de la vessie, au lieu de se montrer permanents et progressifs, varient à l'infini à tous les âges de la maladie. Il n'est même pas rare de voir la rétention et l'incontinence d'urine, après avoir existé pendant quelque temps, diminuer notablement ou cesser durant des mois, des années, sans que le malade ait subi aucun traitement, sans qu'il soit possible d'admettre que la tumeur ait diminué. D'ailleurs, et ceci est plus concluant encore, ces symptômes non-seulement éclatent chez des sujets dont la prostate tuméfiée n'a point acquis une forme qui lui permette d'oblitérer l'orifice interne de l'urètre, mais encore ne surviennent jamais chez d'autres à l'ouverture du corps desquels on découvre des tumeurs pédiculées, des barrières, des valvules considérables.

» J'en dirai autant de l'incontinence d'urine. On a prétendu que quand le corps de la prostate est tuméfié de manière à former tumeur à l'orifice interne de l'urètre il résulte de là un écartement des lobes latéraux, qui, ayant eux-mêmes augmenté de volume et de consistance, ne peuvent plus se mettre en contact l'un avec l'autre, et laissent échapper l'urine involontairement. Quelque plausible que paraisse cette explication, elle ne se concilie point avec les faits. Nous voyons tous les jours des malades qui n'ont jamais eu d'incontinence d'urine, et cependant l'ouverture du corps fait constater chez eux, à un degré très-développé, l'état de choses qui passe pour en être une cause absolue.

» Ainsi, les troubles dans l'excrétion de l'urine ne sont point en rapport avec le développement de la maladie prostatique; beaucoup de malades conservent jusqu'à la fin la faculté d'uriner avec assez de facilité, tandis que d'autres, dont l'affection locale est bien moins avancée, éprouvent les désordres les plus considérables. Le développement progressif de la tumeur n'entraîne pas successivement la difficulté d'uriner, l'incontinence, la rétention. Cet ordre est souvent interverti. Tantôt le trouble débute par l'incontinence ainsi qu'on en voit des exemples dans les ouvrages de M. Guthrie et d'autres, tantôt on voit apparaître d'abord la rétention complète, et quelquefois aussi les troubles persistent toujours à un degré moyen; mais les variations sont si nombreuses à cet égard qu'on tenterait inutilement d'établir des catégories. » (Civiale, *lieu cité*, p. 292.)

Comme on le voit, MM. Mercier et Civiale sont d'accord sur beaucoup de points; quant à ceux sur lesquels ils sont opposés, nous croyons que la vérité se trouve entre les deux. L'un exagère l'influence des causes mécaniques, l'autre la rapetisse excessivement. Nous le répétons d'ailleurs, à chaque pas on sent ici le besoin de nouvelles recherches.

Quoi qu'il en soit, de quelque manière qu'elle se soit produite, une fois complète, si elle se prolonge, la rétention peut être suivie des accidents les plus graves, de l'inflammation, de la gangrène, de la rupture de la vessie; ou bien l'urine s'écoule par regorgement; et les conséquences de la rétention sont alors plus tardives, quoique en général non moins funestes.

A part les troubles de l'excrétion urinaire et des accidents, qui en sont la conséquence, l'hypertrophie de la prostate produit assez souvent d'autres symptômes que nous allons passer en revue. Et d'abord l'urine présente elle-même des

altérations; et si elles ne sont pas très-significatives, il faut cependant en tenir compte.

« Au commencement de la première période, elle est limpide, moins colorée même, et plus abondante que dans l'état naturel, surtout lorsque les symptômes s'exaspèrent. Car ils apparaissent ou augmentent par crises sous l'influence atmosphérique ou même sans cause appréciable. Les malades appellent nerveuses ces urines incolores auxquelles ils attribuent l'accroissement de leur souffrance et de leur malaise. Plus tard on y voyait des filaments ronds, blanchâtres, ressemblant à des bouts de fil ou à des vermisseaux; ils sont très-probablement produits par le mucus concrété dans les canaux excréteurs de la prostate.

» J'ai observé encore, dès le début de l'engorgement de la prostate, une particularité fort singulière dont j'ai fait part à l'Académie des sciences; je veux parler de l'existence dans l'urine, limpide et fraîchement expulsée, de corpuscules brillants, paraissant doués de mouvements spontanés et semblables aux animalcules décrits par Erchnberg sous les noms de *monas punctum* et *spirillum volutans*. Il faut, pour les apercevoir, un grossissement de 250. Je reviendrai sur la nature et l'importance diagnostiques de ces corpuscules à l'occasion des prétendus zoospermes dégénérés décrits par M. Lallemand.

» Vers la fin de cette période, on voit constamment un nuage muqueux et floconneux. Le besoin d'uriner se fait sentir à quelques malades si impérieusement, qu'ils ont à peine le temps de prendre le vase. Parfois même, il y a incontinence d'urine, causée tantôt par la rigidité du tissu de la prostate, tantôt par la déformation du col de la vessie, qui toutes deux s'opposent à une occlusion exacte. » (Leroy-d'Étiolles, *Recueil de lettres et de mémoires adressés à l'Académie des sciences pendant les années* 1842 *et* 1843, p. 121.)

Le plus souvent les engorgements de la prostate sont peu ou point douloureux; ce n'est que par exception qu'ils occasionnent des sensations pénibles, indépendantes du dérangement de l'excrétion urinaire. Encore ces douleurs sont-elles rarement permanentes; elles ne se manifestent guère que quand les dernières gouttes d'urine sont rendues, et, à cet égard, elles rappellent celles de la pierre et des fongus vésicaux, comme si elles étaient produites par le contact de la face interne du viscère sur la tumeur prostatique. Bien que ces douleurs puissent dépendre d'une simple exaspération de la sensibilité, sans aucun caractère phlegmasique, elles indiquent assez souvent, dit M. Civiale, une inflammation, mais plutôt de la membrane muqueuse qui tapisse la tumeur que du tissu même de la glande. Le tissu ne paraît susceptible de douleur que par son étranglement dans sa capsule, qui résiste à son développement.

Du reste, ces sensations douloureuses qu'entraîne quelquefois l'hypertrophie de la prostate se montrent avec les caractères les plus variés. Il est des cas où tout se réduit à de simples pesanteurs dans le bassin.

Comme symptômes fonctionnels, nous ne devons pas oublier la constipation, qui peut être ici le résultat de deux causes: du volume de la glande, comme obstacle mécanique, et du flux sanguin qu'entretient dans la région du rectum l'engorgement hypertrophique. La plupart des pathologistes se sont arrêtés à la première explication; quelques-uns même l'ont en quelque sorte fait naître, en prétendant retrouver l'empreinte de l'obstacle sur le boudin fécal. J.-L. Petit avance que la prostate tuméfiée y trace un sillon, qu'il ne faut pas confondre, dit-il, avec celui qu'y laisse une tumeur hémorrhoïdale. Bell a fait une remarque presque analogue, puisqu'il dit que les matières sortent aplaties, rubanées. M. Mercier rejette et nie ce phénomène, M. Civiale dit qu'il est rare et qu'il n'a pas la portée qu'on lui a attribuée, et il soutient « qu'il y a d'ailleurs une distinction importante à établir entre les cas dans lesquels la glande proémine du côté de la vessie et ceux dans lesquels la tumeur qu'elle forme s'étend autant du côté du rectum que

de celui de la poche urinaire ou se prononce encore davantage vers l'anus. C'est dans ce dernier cas seulement, dont les autopsies cadavériques ont démontré la rareté, qu'a lieu le phénomène en question » (Civiale, *loco cit.*, p. 297). Ce phénomène n'est donc pas impossible, et le jeune chirurgien qui a dit que J.-L. Petit était tombé le premier dans la méprise qu'il avait signalée, en rapportant à une hypertrophie prostatique l'effet mécanique d'une tumeur hémorrhoïdale, s'est donc trompé lui-même.

M. Vidal de Cassis détruit parfaitement la principale objection qu'on ait élevée contre le fait observé par J.-L. Petit. On a dit (Desault, M. Cruveilhier) que la gouttière stercorale devait s'effacer dans la filière de l'anus; M. Vidal a répondu « qu'il arrive qu'avec un développement considérable de la prostate il y a paralysie de l'anus, lequel ne peut plus effacer l'impression faite sur les matières par la prostate, surtout quand ces matières ont une grande consistance, ce qui a lieu le plus souvent. » (Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, t. v, p. 426.)

J.-L. Petit a encore attiré l'attention sur un symptôme qui se rattache à l'excrétion fécale et qui n'a été contesté par personne : c'est la sensation que le malade éprouve après avoir été à la selle. Il lui semble, quoique l'évacuation ait été complète, qu'il n'a pas tout rendu, et qu'il lui reste encore dans le rectum un gros tampon de matières; illusion qui ne peut provenir que de la tumeur prostatique. Cette sensation n'est prononcée que dans le cas où la tumeur a atteint un volume considérable.

Dans quelques cas, sous l'influence des efforts pour aller à la selle, il s'écoule de l'urètre un liquide blanc et filant d'origine prostatique; on a dit qu'il pouvait venir de la vessie, mais alors il aurait d'autres caractères que dans l'observation suivante :

Obs. 18. « *Urétrite*; *plus tard ardeurs dans le canal*; *ischurie; les efforts donnent lieu à un écoulement blanc; gonflement des testicules*, etc.

» Le 20 août 1836 je vis à la consultation de M. Roux un cuisinier âgé de quarante-neuf ans, qui, pendant sa jeunesse, s'était fortement abandonné à la masturbation et avait eu, à vingt-quatre ans, une blennorrhagie et un chancre dont il avait été facilement guéri par des frictions mercurielles : Il y a plusieurs années, me dit-il, que j'ai été pris d'une rétention d'urine qui n'a été que temporaire, mais elle est revenue, il y a dix-huit mois, précédée de démangeaisons assez vives dans la partie la plus reculée du canal; depuis cette époque, je ne peux uriner sans sonde; aussi ai-je appris à me l'introduire moi-même; et quand je suis long-temps sans le faire, j'éprouve de fortes douleurs au col de la vessie. Huit mois avant que je ne le visse, son testicule droit s'était gonflé; et ce gonflement augmentant toujours pendant trois ou quatre mois, il était entré dans le service de M. Roux, qui, à l'aide des pommades mercurielle et stibiée, était parvenu à obtenir une légère amélioration. Alors on l'avait sondé sans difficulté, bien qu'il ne pût uriner une seule goutte avec tous les efforts et dans toutes les positions imaginables. Après sa sortie le gonflement avait envahi le testicule gauche, ce pourquoi il entra à la Pitié. Là, on réitera les frictions mercurielles; et comme les douleurs augmentaient tous les deux jours, on administra des lavements de sulfate de quinine; le mal diminua beaucoup, mais ne disparut pas complètement. Après la sortie du malade, ses testicules se gonflèrent de nouveau; et c'est pour cela qu'il est venu à la consultation. Ses organes se tuméfiaient et diminuaient alternativement; quand il faisait des efforts pour uriner il ne venait que quelques gouttes d'une liqueur blanche; il avait rarement des érections, mais il avait encore quelquefois des éjaculations. On lui conseilla de revenir aux frictions mercurielles et de continuer l'usage d'un suspensoir.

» Quelle était la cause de cette rétention? Ce n'était pas un rétrécissement, puisque la sonde entrait facilement dans la vessie : ce n'était pas un spasme de la portion membraneuse, puisqu'il sortait une matière qui ne pouvait venir que de

la région prostatique. L'obstacle était donc au col de la vessie, et il ne reste plus qu'à en déterminer la nature. Or, en considérant les circonstances antérieures et concomitantes, je suis peu disposé à croire qu'il n'y ait eu qu'une hypertrophie de la prostate. Quant à la source de la liqueur blanche, il me reste encore les mêmes doutes que dans l'observation 30. J'avoue cependant qu'alors je n'ai pas assez fait attention que la dysurie pourrait bien expliquer pourquoi du sperme sortirait avant l'urine, lui qui ne vient ordinairement qu'après. Une circonstance curieuse, que j'ai oublié de noter dans mon observation 31, c'est que les pollutions nocturnes s'accompagnaient rarement de rêves voluptueux; presque toujours alors le malade croyait uriner. » (Mercier, *Recherches sur les maladies des organes urinaires et génitaux, considérées spécialement chez les hommes âgés*, p. 387. 1841.)

M. Leroy-d'Etiolles s'exprime à cet égard dans les termes suivants :

« Dans le plus grand nombre des cas la sécrétion de la glande prostate n'éprouve d'abord aucune modification ni dans la qualité, ni dans la nature. Il arrive souvent que les envies fréquentes d'uriner, les douleurs dans les aines, au périnée, le gonflement et la déformation de la prostate du côté du rectum existent déjà depuis plusieurs années sans que le fluide sécrété par cette glande ait notablement augmenté et, lorsque cette augmentation a lieu, la limpidité, la viscosité de ce fluide en font reconnaître facilement la nature; ce n'est que vers la fin de la première période et dans les suivantes que le liquide prostatique altéré, devenu opalin, peut être confondu avec le sperme, lorsqu'on s'en tient aux apparences sans vérifier avec le microscope s'il contient des animalcules. » (Leroy-d'Étiolles, *Recueil de lettres et de mémoires adressés a l'Académie des sciences pendant les années* 1842 *et* 1843, p. 120.)

Suivant le même observateur, des érections nocturnes longues et souvent fatigantes accompagnent les débuts de l'engorgement prostatique; elles sont rarement suivies de pollution. Il cite, entre beaucoup d'autres, l'exemple suivant :

Obs. 19. « M. de ..... est âgé de trente-neuf ans, fort bien musclé, son visage est coloré. Il a eu plusieurs gonorrhées, la première à vingt-quatre ans; toutes ont duré six semaines : pour toutes, le cubèbe et le copahu ont été mis en usage à fortes doses. A vingt-six ans diminution du jet, érections nocturnes qui, pendant douze ans, n'ont pas laissé quatre nuits de sommeil paisible. Cet état n'a point été modifié par le mariage, duquel sont nés deux enfants très-bien portants. Des douleurs peu vives mais fatigantes se faisaient sentir dans les flancs, au pubis, le long du rachis, dans la région des reins, du gauche spécialement. En 1837, la douleur du rein gauche augmenta, non de vivacité, mais de persistance, et depuis lors deux ou trois fois du sable rouge fut expulsé; quatre fois, pendant les mois de mars et d'avril 1842, M. de .... rendit une urine puante qui ne laissa aucun dépôt : à l'émission suivante cela ne se reproduisit plus. Les besoins d'uriner se renouvelaient toutes les deux heures depuis dix ou douze ans. Au mois de mai 1842, je vis le malade, de concert avec M. Tealier, son médecin. Je trouvai, avec la bougie olivaire en gomme, un léger rétrécissement mou et fongueux au commencement de la portion musculeuse de l'urètre; je constatai, avec la sonde à courbure courte et brusque, de la rigidité dans la région prostatique, et le doigt introduit dans le rectum me fit sentir la prostate un peu tuméfiée et bosselée. Des bougies laissées dans l'urètre pendant une demi-heure en aplanirent au bout de huit jours les inégalités, rendirent au jet de l'urine une ampleur dont le malade avait, pour ainsi dire, perdu la souvenance, et modifièrent la vitalité du col au point de doubler les intervalles entre les besoins d'uriner. Des bains sulfureux, répétés chaque jour, agirent comme dérivatifs sur la peau, peut-être comme modificateurs sur la glande. Les érections cessèrent de fatiguer le malade. Cette amélioration persiste depuis dix-huit mois. » (Leroy-d'Étiolles, *Recueil de lettres et de mémoires adressés à l'Académie des sciences pendant les années* 1842 *et* 1843, p. 120.)

« La plupart des hommes affectés d'engorgement ou de toute autre maladie chronique de la prostate éprouvent un trouble marqué dans les fonctions relatives à la reproduction de l'espèce. Ce dérangement est subordonné à la nature de l'affection prostatique ; mais il ne se manifeste pas toujours par des symptômes assez nets et assez saillants pour qu'on puisse l'apprécier.

» Le plus ordinairement on remarque une diminution notable des désirs vénériens. Les actes se répètent de moins en moins, et à la sensation de volupté s'en joint une autre, qui a quelque chose de pénible. Le sujet éprouve un malaise, une fatigue, un abattement qui lui étaient inconnus auparavant, et qui lui font redouter l'approche d'une femme, en même temps qu'ils lui causent les plus vives appréhensions. Je ne pourrais que répéter ici ce que j'ai déjà dit ; j'ajouterai seulement que les désordres et même l'anéantissement complet dont les fonctions génitales sont le plus souvent frappées, ne s'accompagnent pas de changements uniformes et constants dans les testicules. J'ai trouvé ces organes tantôt frappés d'atrophie, tantôt ramollis et pendants, quelquefois, au contraire, plus volumineux et plus consistants, mais presque toujours, dans l'un et dans l'autre cas, douloureux. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, t. II, p. 285.)

M. Mercier fait à l'égard de l'inaptitude des malades aux fonctions de la reproduction, une remarque fort juste, c'est que déjà leur âge les condamne sous ce rapport à un repos forcé. « Cependant, dit-il, » nous citons ce passage parce qu'il contient un fait curieux, « cependant j'ai connu des vieillards qui, malgré qu'ils en fussent atteints, se livraient, et même assez souvent, à la copulation et ont même eu des enfants. L'un d'eux, qui avait une hypertrophie de la portion sus-montanale avec rétention d'urine incomplète, me dit un matin, tout effrayé, qu'il était sûr d'avoir eu pendant la nuit une éjaculation, qu'il s'était réveillé à l'instant même où il venait d'en éprouver toutes les sensations, et qu'il avait été très surpris de n'en trouver aucune trace : il était persuadé que la liqueur séminale avait passé dans la vessie. Je n'ai pas pu m'assurer si ce fait s'est renouvelé ; mais j'ai tout lieu de croire qu'il n'en a pas été ainsi, au moins d'une manière constante. En réfléchissant, je me suis demandé à cette occasion s'il ne se pourrait pas que l'écartement de la partie supérieure des lobes latéraux produit par le développement de la portion sus-montanale, favorisât l'évacuation du sperme et son passage dans la vessie, et si la tuméfaction de l'un des lobes latéraux du côté de l'urètre ne pourrait pas, en comprimant le verumontanum, rendre l'issue de ce liquide plus difficile ; mais de nouvelles observations pourront seules résoudre cette question. » (Mercier, *Recherches sur les maladies des organes urinaires et génitaux, considérées spécialement chez les hommes âgés*, p. 242.)

Diagnostic de l'hypertrophie de la prostate. Les symptômes, ceux qui résultent des troubles de l'excrétion urinaire, comme ceux qui en sont indépendants, appartiennent pour la plupart à beaucoup de maladies et aucun n'est ou constant ou caractéristique d'une hypertrophie de la prostate. Cependant il est quelques affections qui s'éliminent assez aisément ; nous citerons la paralysie de vessie, qui se distingue de l'hypertrophie avec rétention, parce que dans le premier cas, l'urine ne sort pas en jet par la sonde, ou n'y sort que tout d'abord, puis le jet s'arrête et même l'écoulement de l'urine qui ne s'évacue pas ainsi complétement.

Obs. 20. « L'un de nos savants qui se sont livrés avec le plus d'ardeur à l'étude de l'astronomie, éprouvait depuis plusieurs années un dérangement notable dans les fonctions de la vessie. On employa successivement divers moyens qui furent sans résultat. A la fin, le malade crut avoir la pierre. Je fus appelé, et je m'assurai que la vessie ne contenait point de corps étranger, mais qu'elle ne se vidait pas entièrement ; la prostate était volumineuse, et l'urètre fort irritable, surtout au-dessous des os pubis. Ces circonstances suffisaient pour expliquer les accidents qu'éprouvait M. B... ; mais un

chirurgien, au mérite duquel chacun rend justice, ne partagea pas mon opinion, pensa qu'il s'agissait seulement de douleurs rhumatismales, et se borna à prescrire des applications de sangsues, des fomentations, etc. Les accidents, au lieu de diminuer sous l'influence de ce traitement, devinrent de plus en plus graves, comme on devait s'y attendre, puisqu'ils avaient pour cause principale la difficulté d'uriner. Je fus rappelé quelques jours après. Je trouvai le malade en proie à toutes les angoisses d'une rétention d'urine. Deux pintes environ de liquide furent retirées. A dater de ce moment, je m'attachai à rendre l'écoulement plus facile, tantôt en plaçant une sonde à demeure dans l'urètre, tantôt en sondant plusieurs fois par jour. L'emploi de ces moyens et un traitement médical approprié produisirent l'effet que j'attendais; M. B... recouvra bientôt l'appétit et le sommeil, qu'il avait totalement perdus; l'urine s'éclaircit, et n'exhala plus l'odeur fétide qu'elle avait contractée depuis long-temps. Mais les douleurs à la région rénale et la faiblesse générale persistèrent, ce qui me fit craindre que la maladie ne fût très-ancienne, et qu'elle n'eût amené des désordres fort étendus. Lorsque les premiers accidents eurent cessé, je cherchai à ranimer la contractilité vésicale par l'emploi des injections, des lavements froids, des frictions, des bains de siége frais et de quelques toniques; mais la faculté de rendre l'urine naturellement ne se rétablit pas, et le malade se vit obligé de recourir à la sonde, qu'il introduisait lui-même quatre à six fois par jour. De temps en temps l'urine cessait d'être claire, limpide, et reprenait tous les caractères qu'on observe dans le catarrhe vésical; mais ces sortes d'exaspérations duraient peu, elles n'avaient, d'ailleurs, rien de déterminé quant à leur retour. Chaque besoin d'uriner s'annonçait par une douleur vive dans le trajet de l'uretère gauche, d'où elle se propageait à la région hypogastrique; après qu'elle avait cessé, le malade pouvait rendre quelques gouttes d'urine sans le secours de la sonde, et indroduire celle-ci, ce qui lui eût été impossible pendant la durée de la douleur. Du reste, la santé générale de M. B... était satisfaisante, quoique les forces ne fussent pas revenues complétement. Le même état de choses a continué pendant quatre années, sans qu'il survînt de grands désordres. Mais, après cette époque, quoique la tuméfaction de la prostate n'eût pas fait de progrès appréciables, la sensibilité du col vésical s'exaspéra par intervalles d'une manière notable; l'introduction de la sonde devint quelquefois très-douloureuse et les besoins d'uriner se rapprochèrent. L'agacement continuel du col vésical, causé par l'urine et la sonde, réagit sur la santé générale et principalement sur les fonctions de l'appareil urinaire, en sorte qu'on fut souvent obligé de recourir à une médication fort active. Il survint des engorgements du testicule et du cordon spermatique, dont quelques-uns durèrent plusieurs mois. Les reins et la vessie furent pris à leur tour. Plus d'une fois même on craignit de ne pouvoir arrêter la marche des accidents. Cependant les ressources de l'art finirent toujours par triompher; quoique le malade ait conservé pendant long-temps une grande faiblesse, il a repris ses habitudes de vie, et il n'est plus astreint aujourd'hui qu'à introduire la sonde toutes les deux ou trois heures.

» On ne peut se dissimuler que M. B. ne soit exposé à voir reparaître les accidents, puisque sa prostate est toujours malade, que la susceptibilité du col vésical peut s'exaspérer de nouveau, et qu'il pourra se faire que le passage de la sonde devienne difficile, d'où résulteraient de nouveaux symptômes, conséquence nécessaire du cercle vicieux dans lequel on est obligé de se circonscrire. Ce fait a présenté plusieurs particularités sur lesquelles je m'arrêterai un instant. J'avais sondé le malade et reconnu que la vessie ne contenait pas de calcul; mais la quantité du liquide qui sortit par l'instrument me prouva que la poche urinaire était continuellement pleine. On a prétendu que la disposition du col relativement au corps ne permettait pas à ce dernier de se débarrasser complétement, et qu'on avait tort de considérer comme paresseuses les vessies qui ne se vident pas en

totalité. Cette assertion manque de justesse : quand la vessie se contracte d'une manière franche et régulière, le bas-fond dont on parle disparaît, et les parois du viscère se ramassent toutes vers le col, le bas-fond lui-même aussi bien que la face antérieure et le sommet. Chez M. B., les premières colonnes de liquide étaient poussées avec une certaine force dès que la sonde parvenait dans la vessie : on pouvait donc croire qu'il n'y avait point paralysie de cette dernière ; mais j'ai déjà dit, et je le montrerai d'une manière plus évidente encore, que, quand la vessie est surdistendue, les premières portions de l'urine sont lancées avec impétuosité, quoique le viscère ait perdu la plus grande partie de sa contractilité. La formation du premier jet à travers la sonde tient à l'élasticité des parois vésicales. Dès qu'il s'est écoulé une certaine quantité de liquide, la surdistension cesse et l'organe ne se contracte plus pour expulser le reste, qui ne sort qu'autant qu'on presse sur l'hypogastre ou que le malade fait effort, ce qui avait lieu ici. D'un autre côté, l'urètre était libre et ne présentait qu'une irritabilité excessive en plusieurs points. Ainsi la seule cause admissible des accidents était une contraction morbide, jointe à la déformation de l'urètre et du col vésical, déterminée elle-même par la tuméfaction de la prostate, et à une atonie du corps de la vessie. Cette contraction fut exaspérée, ce qui donna lieu à une rétention complète d'urine. Plus tard aussi elle se reproduisit, quoiqu'à un moindre degré. Tous les moyens mis en usage pour augmenter la contractilité du corps de la vessie ont été sans effet, ce qu'il faut attribuer à l'ancienneté de la maladie.

» La cause des accidents fut méconnue par un praticien habile, qui repoussa toute idée de la maladie que j'avais indiquée. Ce n'est pas le seul exemple qui m'autorise à penser que la plupart des lésions du col de la vessie ont été jusqu'ici peu connues et fort mal traitées.

» Les particularités les plus remarquables de ce cas sont les douleurs, souvent très-vives, que M. B. éprouvait, et qu'il ressent encore, dans le trajet des uretères, avant chaque émission d'urine. J'ai observé ce phénomène chez un petit nombre d'autres malades, mais beaucoup moins prononcé qu'ici. Quant aux difficultés que rencontre l'introduction de la sonde au moment de la douleur et pendant que le besoin d'uriner se fait sentir avec force, elles se voient dans beaucoup de cas analogues ; presque toujours alors les malades attendent que le besoin soit passé pour faire usage de la sonde. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, t. II, p. 313. 1841.)

Nous n'avons pas besoin de revenir sur les caractères du jet de l'urine après que M. Civiale les a si nettement exposés. Dans l'hypertrophie de la prostate ils sont tout autres, surtout si, comme cela a lieu en général, la vessie est hypertrophiée ; la force du jet de l'urine ne saurait donc être plus différente : nulle dans le premier cas, au moins après le premier moment, elle dépasse son degré normal dans le second. Voici un de ces derniers, et il serait difficile de trouver un meilleur pendant à l'observation précédente. Ce sont deux faits qui s'éclairent parfaitement l'un l'autre.

Obs. 21. « M. L., plus que sexagénaire, éprouvait depuis longues années des difficultés d'uriner produites par un rétrécissement urétral. Divers traitements par les sondes à demeure rétablirent incomplétement le diamètre du conduit, et le malade conserva des besoins d'uriner plus fréquents que dans l'état normal.. Quelque temps après, l'urètre se rétrécit de nouveau ; cette fois, on eut recours au caustique, dont les effets ne furent pas satisfaisants ; car, bien que le canal parût avoir recouvré sa liberté, M. L. continuait d'avoir de la peine à satisfaire les besoins toujours énergiques qui se faisaient sentir à des époques très-rapprochées. On renonça dès lors à l'emploi de tout moyen propre à dilater, et l'on se contenta d'un traitement médical, qui n'eut pas non plus de résultat. Loin de là même, l'urine devint trouble et chargée de mucosités qui firent admettre l'existence d'un catarrhe vésical. Le malade avait d'ailleurs un écoulement qui le fatiguait beaucoup. Lorsque je fus

appelé, je m'assurai que l'urètre était rétréci au-dessous de la symphyse pubienne, que les parois en étaient très-dures et dans une grande étendue, que la prostate était tuméfiée et que la vessie ne se vidait pas de l'urine qu'elle contenait. Je m'occupai d'abord de détruire la coarctation, ce qui présenta des difficultés à cause de la dureté des parois du canal vers le point rétréci. Ce ne fut qu'au bout de plusieurs mois que le malade parvint à introduire une bougie molle d'environ trois lignes de diamètre. Quand il la poussait avec force, il avait de la peine à la retirer; et le retrait de cet instrument était suivi d'une réaction qui diminuait considérablement le diamètre du canal, outre qu'elle rendait l'urine épaisse et fort rare. Mais celle-ci ne pouvait être expulsée naturellement, quoique l'urètre admît une grosse sonde, et que la vessie conservât un degré suffisant de contractilité, puisquelle chassait son contenu avec force aussitôt qu'on y avait porté une sonde. Malgré tous les moyens qui furent mis en usage pour rétablir la souplesse et la dilatabilité du canal, soit à la courbure, où siégeait le rétrécissement organique, soit au col vésical, où la prostate était gonflée et indurée, M. L. fut condamné à se servir constamment de la sonde; il éprouvait d'ailleurs, comme le sujet de l'observation précédente, des douleurs assez vives dans la région hypogastrique, sur le trajet des uretères, chaque fois que le besoin d'uriner se faisait sentir avec force, et il était obligé d'attendre que ces douleurs fussent dissipées pour introduire l'instrument. Ayant quitté Paris pour retourner dans ses terres, il négligea ce que je lui avais recommandé, de passer au moins de temps en temps des bougies d'un gros calibre, en sorte que l'urètre se rétrécit de nouveau et que les accidents reparurent du côté de la vessie; ils furent même assez graves pour entraîner la mort. J'ai beaucoup regretté que l'autopsie n'ait point été faite; elle aurait constaté un état morbide prononcé du col de la vessie et une hypertrophie considérable des parois.

» Malgré quelque ressemblance apparente, ces deux faits diffèrent surtout en ce que, dans le premier, la difficulté et même l'impossibilité d'uriner tenaient principalement à la perte presque totale du pouvoir expulsif de la vessie, tandis que, dans l'autre, non-seulement la contractilité vésicale n'avait subi aucune atteinte, mais encore qu'elle avait gagné, ce qui ne l'empêchait pas d'être insuffisante pour vaincre l'obstacle opposé par la rigidité du col. C'est sur des cas de cette dernière espèce qu'on s'est appuyé pour établir qu'il n'y a point alors paresse ou paralysie de vessie, et que les déviations, les déformations de l'urètre, résultat d'une hypertrophie de la prostate, sont la principale, sinon l'unique cause de la dysurie. Mais je ne saurais trop répéter que ces cas sont les plus rares, et qu'on n'a aucune peine à les reconnaître.

» Après la destruction des rétrécissements urétraux M. L. continua d'éprouver des besoins fréquents et impérieux d'uriner, dont on ne chercha point la cause; on se contenta de prescrire des adoucissants, qui ne produisirent aucun effet : c'est là néanmoins ce que l'on fait généralement. Plus tard, on ne vit, comme de coutume aussi, qu'un catarrhe de vessie et un écoulement urétral qui devaient persister, puisqu'on n'attaquait point les états morbides auxquels ils se rattachaient.

» Au moment où je vis le malade les désordres avaient pris un grand développement; il s'agissait d'un cas complexe, dénaturé par des traitements antérieurs, qui n'avaient fait que donner une physionomie d'emprunt aux symptômes. Comme les praticiens qui m'avaient précédé, j'attribuai d'abord les difficultés d'uriner au rétrécissement, et ce ne fut qu'après avoir détruit la coarctation que je songeai à l'état du col vésical et de la partie prostatique de l'urètre. On ne pouvait alors méconnaître l'influence de cet état sur la production des phénomènes morbides. D'un côté, les besoins d'uriner, sans être très-rapprochés, étaient extrêmement impérieux; ils déterminaient des efforts irrésistibles : le liquide était lancé à une telle distance qu'il fallait prendre des précautions pour ne pas inonder le lit ou la chambre,

et le jet se soutenait ainsi jusqu'aux dernières gouttes. Il ne s'agissait pas, comme dans le cas de M. B., comme on l'observe le plus communément, d'un phénomène d'élasticité des tissus cessant avec la surdistension de la vessie, et s'arrêtant si bien alors qu'il faille, pour évacuer la portion de l'urine qui ne dépasse pas le trop plein, appuyer sur l'hypogastre ou engager le malade à faire des efforts; loin de là, il y avait réellement hypertrophie des parois vésicales, avec accroissement notable de la contractilité, et cependant l'urine n'était point expulsée naturellement. On était donc obligé de conclure qu'il existait un obstacle considérable au col de la vessie. L'état morbide était si avancé quand on m'appela, que la prudence ne permit pas de recourir aux explorations nécessaires pour tirer la question à clair. J'avais mis le malade à même de se sonder aisément; les plus graves symptômes avaient disparu, et l'état général s'était amélioré : tout faisait un devoir d'en rester là. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, t. II, p. 317. 1841.)

Mais le plus souvent les symptômes ne peuvent donner que des présomptions sur l'existence, à plus forte raison sur la forme de l'hypertrophie de la prostate. Aussi, pour établir le diagnostic, a-t-on recours au toucher et à la sonde.

L'examen de la prostate par le rectum se présente d'abord à l'esprit; et, en effet, tous les auteurs en donnent le précepte, mais, il faut en convenir, en y attachant plus ou moins d'importance. « Assurément, dit M. Civiale, ces explorations peuvent être utiles dans certains cas, et l'on aurait grand tort de les négliger; mais il y a des circonstances où elles n'apprennent rien et d'autres même où elles conduiraient à l'erreur, si l'on s'en rapportait à elles seules. » (Civiale, *l. cit.*, p. 300.)

A l'aide du toucher on parvient à reconnaître le gonflement et la dureté des lobes latéraux. Dans le cas où ils s'écartent l'un de l'autre, ce qui n'est pas rare quand ils sont fortement tuméfiés, on se fait une idée de leur degré d'écartement; on peut même sentir une tumeur volumineuse de la partie moyenne de la glande. Mais, dit encore M. Civiale, pour atteindre jusque-là il faut avoir les doigts très-longs et opérer sur des sujets maigres. (Voy. ce que nous avons dit du toucher par le rectum dans le diagnostic de la pierre, *Bibliothèque du médecin praticien*, t. III, p. 103.)

Suivant M. Mercier, la difficulté s'accroît encore par la distension de la vessie. Alors cet organe s'élèverait dans l'abdomen en entraînant la prostate, et on ne pourrait qu'avec peine non pas explorer la glande, mais la sentir. Il faudrait donc, d'après cela, commencer par évacuer l'urine. « J'ai même vu des cas où la distension existant depuis longtemps les parties ne revinrent pas à leur place immédiatement après le cathétérisme. Parfois encore, malgré cette précaution, on n'atteindra qu'avec peine la portion sus-montanale, et il sera bon de faire faire au malade quelques efforts de défécation pendant qu'on pratiquera le toucher. » (Mercier, *l. cit.*, p. 350.)

M. Civiale nie cette élévation de la vessie, et conséquemment celle de la prostate.

Lorsque l'engorgement est partiel et peu développé, et qu'il occupe le côté inférieur de l'orifice interne de l'urètre, en faisant spécialement saillie dans la vessie, le toucher ne fournit aucun renseignement précis. Or ces cas sont les plus nombreux.

Quand l'hypertrophie ne se prononce que du côté du rectum, les explorations par l'anus peuvent faire croire la maladie plus grave qu'elle ne l'est réellement. Cet effet tient surtout à l'hypertrophie et à l'induration du tissu cellulaire compris entre le rectum et la glande; ce qui donne à penser que la tumeur a beaucoup de volume, tandis qu'elle n'en a qu'un médiocre. M. Rayer a vu un cas de cette nature où la couche de tissu cellulaire placée entre la prostate et le rectum avait considérablement augmenté d'épaisseur et envoyait dans l'intestin de petits prolongements en forme de polypes. On comprend combien cette disposition était insidieuse pour le diagnostic. Pour tirer tout le parti possible du toucher par l'anus, il faut, ainsi que le recommandait Sanson dans ses leçons,

introduire d'abord la sonde dans la vessie, afin de fixer et même de refouler la glande au-devant du doigt placé dans l'intestin.

Voici comment M. Mercier conseille de pratiquer le toucher de cette manière :

« On tourne d'abord la pulpe du doigt en avant, on lui fait parcourir dans tous les sens la face postérieure de la glande; de cette manière on reconnaît d'abord son engorgement général ; on peut même constater les tumeurs variables en siége et en volume qu'un engorgement partiel produit quelquefois, mais rarement, à sa périphérie ; puis, prenant le sillon médian pour point de départ, on cherche à droite et à gauche laquelle des deux portions latérales paraît la plus hypertrophiée ; mais, pour cela, il est bon de toucher alternativement avec les deux indicateurs ; car, avec un seul, il est presque impossible de toucher également bien les deux moitiés, et, comme le doigt parcourt dans une plus grande étendue la portion qui correspond au côté où l'on est, celle-ci pourrait paraître plus volumineuse que l'autre. Malgré cette précaution, la différence qui pourrait exister entre ces lobes sera encore difficile à saisir, parce qu'on ne peut apprécier que la différence du développement périphérique. Ceux qui se font du côté de l'urètre ne seront que difficilement sentis, puisqu'ils ne dévient pas d'une manière sensible la paroi postérieure du canal à laquelle correspond le sillon médian qui nous sert de ligne de démarcation entre les deux côtés. J'en dirai autant de la portion sus-montanale : le doigt même le plus exercé ne permet pas de reconnaître les hypertrophies partielles qui se font si souvent du côté de la vessie. De sorte qu'en définitive ce moyen d'exploration peut nous faire reconnaître un engorgement général de la prostate ; mais, comme avec cet engorgement l'excrétion urinaire peut présenter tous les états possibles, il s'ensuit que cette méthode n'a pas une valeur bien grande. Toutefois, elle peut devenir un auxiliaire très-utile de celle que je vais exposer incessamment. » (Mercier, *Recherches sur les maladies des organes urinaires et génitaux considérées spécialement chez les hommes âgés*, p. 351.)

Mais les spécialistes n'ont-ils point, sans sans apercevoir, diminué l'importance du toucher pour exagérer celle des instruments de leur invention destinés à établir le diagnostic? Si nous nous trompons sur le premier point, nous croyons avoir complétement raison sur le second. Nous allons voir, en effet, avec quelle précision ils posent, à l'aide de leurs sondes, les diagnostics les plus difficiles.

Passons donc aux explorations par l'urètre. Ce n'est point le lieu de décrire ici le cathétérisme en général ; nous n'en traiterons que sous le point de vue du diagnostic de l'hypertrophie prostatique, et nous en emprunterons une partie à M. Civiale.

« La première donnée ressortira de la direction que la sonde prendra lorsqu'elle sera parvenue à la partie prostatique de l'urètre. Il faut se rappeler les différentes déviations qui peuvent avoir lieu, soit dans cette région du canal, soit au col de la vessie, et se représenter les principales inclinaisons que l'instrument offrira du côté des anneaux, suivant que son bec sera porté vers le pubis ou le rectum dans le cas d'aplatissement sans déviation latérale, qu'il sera déjeté par la tuméfaction d'un des lobes latéraux, ou, enfin, qu'il sera porté en haut, soit par une barrière transversale, soit par le corps tuméfié de la glande.

» Si la sonde, parvenue à la partie prostatique de l'urètre, se trouve serrée, comprimée; si elle éprouve moins de peine à pénétrer lorsqu'on abaisse ou relève son pavillon, mouvements qui portent son bec vers le rectum ou le pubis, on sera porté à penser qu'il y a gonflement des lobes latéraux, que l'urètre est aplati latéralement, et qu'il existe, en avant vers le pubis, en arrière vers le rectum, les deux sillons dont j'ai parlé. Dans ces cas, les anneaux de la sonde ne changent point de direction, mais les mouvements d'élévation et d'abaissement sont plus étendus que dans l'état normal. On observe, au contraire, une inclinaison des anneaux à droite ou à gauche si la tuméfaction de la prostate pro-

duisant l'aplatissement de l'urètre n'est pas également développée dans les deux lobes, et surtout si un seul de ces derniers est tuméfié. Alors la sonde se trouve arrêtée vers le milieu de la portion prostatique, et, dès qu'on cesse de la tenir, elle s'incline du côté correspondant au lobe tuméfié seul ou plus tuméfié que l'autre; mais, quand on la pousse davantage, elle tend par sa progression à redresser la partie prostatique de l'urètre, et, dès qu'elle arrive à l'orifice vésical, son extrémité annulaire ne présente plus d'inclinaison. Toutefois, l'instrument est serré, comprimé, tant parce qu'il a traversé une portion aplatie du canal, que parce qu'il n'a pu parvenir au col de la vessie sans déprimer la tumeur placée au-devant. Il y a donc redressement de cette partie de l'urètre. Ce redressement, un praticien exercé l'opère sans danger, sans inconvénients même, en procédant avec lenteur, au moyen d'une sonde de calibre fort plutôt que faible, et dont l'extrémité sera bien arrondie.

» Si la sonde parvient jusqu'au col vésical sans être arrêtée, sans éprouver d'inclinaison, on est averti par là que les lobes latéraux de la prostate sont peu ou point tuméfiés, ou du moins qu'ils ne font pas tumeur du côté de l'urètre. La déformation et la déviation existent donc alors à l'entrée de la vessie, où l'instrument est arrêté d'une manière brusque. Cet arrêt peut être produit, soit par une bride transversale, soit par un engorgement ou du corps de la glande ou des lobes latéraux, mais plus souvent par l'une des deux premières causes que par la troisième. Comme la déviation de l'urètre a lieu de bas en haut, on la reconnaît en faisant exécuter à la sonde un mouvement de bascule qui en relève le bec et lui permet de pénétrer sans peine dans la vessie. Toutefois, il faut se rappeler que, dans la tuméfaction du corps de la prostate, il y a tantôt un ou plusieurs sillons à droite et à gauche, dans lesquels l'instrument peut s'engager, tantôt aussi une tuméfaction simultanée de l'un des lobes latéraux. Dans ces divers cas, la sonde, en franchissant le col, après qu'on l'a relevée, est déjetée d'un côté ou de l'autre, mouvement qu'indique la position que ces anneaux prennent quand on les laisse pour ainsi dire en liberté.

» Lorsque la déviation de l'orifice vésical de l'urètre provient exclusivement d'une tumeur siégeant à droite ou à gauche, l'inclinaison de la sonde est encore plus marquée; et si l'instrument pénètre dans la vessie sans qu'il soit nécessaire d'en relever le bec, on juge par là que la tumeur latérale existe seule, que seule elle est la cause de la déviation.

» Quand la déviation en haut, rencontrée par la sonde à l'entrée de la vessie, résulte d'une tumeur du corps de la prostate, et aussi quand il s'agit d'un fongus, l'arrêt est moins brusque; le bec de l'instrument paraît glisser sur un plan incliné, à mesure qu'on abaisse le pavillon, et il faut que la sonde chemine quelques lignes pour arriver à la vessie. L'étendue qu'elle est obligée de parcourir avant que l'urine commence à couler indique la hauteur de la tumeur et la quantité du refoulement en arrière de l'orifice vésical de l'urètre.

» S'agit-il d'une bride, l'arrêt est brusque et persiste jusqu'à ce qu'on ait assez relevé le bec pour qu'il passe par-dessus les barrières. La sonde n'avance pas, comme dans le cas précédent, à mesure qu'on relève son extrémité oculaire. Mais, dès qu'elle a triomphé de la première résistance, elle ne rencontre plus d'obstacle, et l'urine coule. D'après cela seul on présume qu'il existe une bride. On s'en assure ensuite en retirant la sonde : au moment où l'urine cesse de couler, le bec descend brusquement; si l'on introduit et retire l'instrument à plusieurs reprises, il y a toujours arrêt brusque à l'entrée, et à la sortie on ressent une secousse causée par le mouvement subit que le bec éprouve en descendant du bord libre de la barrière à la crête urétrale. Veut-on enfin une autre preuve : dès que la sonde a pénétré dans la vessie, on lui fait exécuter des mouvements de rotation par lesquels sa partie recourbée tourne librement derrière la barrière.

» On connaît la longueur de la portion prostatique de l'urètre dans l'état nor-

mal, et, par conséquent, le nombre de lignes que la sonde doit parcourir pour que ses yeux arrivent dans la vessie et que l'urine commence à couler lorsque l'extrémité de l'instrument est parvenue à la fin de la partie membraneuse, ce dont on peut s'assurer en introduisant le doigt dans le rectum. S'il y a tuméfaction de la prostate, le surplus du chemin que la sonde devra franchir avant que l'urine paraisse, dénote de combien le col vésical se trouve refoulé en arrière, et, par conséquent aussi, de combien le volume de la prostate a augmenté en ce sens. Cette donnée est une des plus importantes que le cathétérisme puisse fournir.

» Lorsqu'on a l'habitude de pratiquer le cathétérisme, on introduit une sonde dans un urètre libre, sans faire le moindre effort, en laissant au canal, comme je l'ai dit, le temps d'avaler l'instrument. Mais, toutes les fois que la tuméfaction de la prostate a fait perdre à la partie de l'urètre que celle-ci embrasse la souplesse et l'élasticité qu'elle possède, le passage de la sonde en cet endroit exige une pression; or le degré de pression qu'il faut exercer sur elle pour qu'elle chemine indique approximativement la dureté anormale que la glande a acquise, en tenant compte des effets de la déviation.

» Ainsi, l'introduction d'une sonde métallique procure des renseignements précieux sur la tuméfaction et l'induration de la prostate du côté de la vessie; elle apprend en outre si la portion prostatique de l'urètre est seulement aplatie ou en même temps aplatie et divisée; enfin elle fait connaître si l'obstacle existe dans le canal ou à l'entrée de la vessie; et s'il dépend d'une lésion du corps de la glande, d'un seul lobe latéral, des deux lobes latéraux, de toutes ces parties collectivement ou d'une bride, d'une barrière transversale. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, t. II, p. 302.)

On a essayé de porter plus loin encore l'exactitude des renseignements fournis par le cathétérisme, et pour cela on a imaginé des instruments particuliers : M. Leroy-d'Étiolles sa sonde *à inclinaison*, M. Mercier sa sonde coudée.

L'instrument de M. Leroy-d'Étiolles a sa portion recourbée plus courte que celle des sondes ordinaires, et, au moyen d'une articulation que fait jouer un mandrin à vis, cette portion recourbée se renverse à volonté vers le fond de la vessie, une fois qu'elle y est introduite. Quand son bec est ainsi renversé vers le bas-fond, on conçoit qu'en imprimant à l'instrument des mouvements de rotation, d'un côté à l'autre, il peut donner la connaissance de tumeurs qui s'élèvent de la base de la prostate et forment saillie dans la vessie.

De même si, après avoir introduit l'instrument présentant la courbure d'une sonde, on renverse le bec par le petit mécanisme indiqué on peut, en retirant la sonde à inclinaison et en en faisant

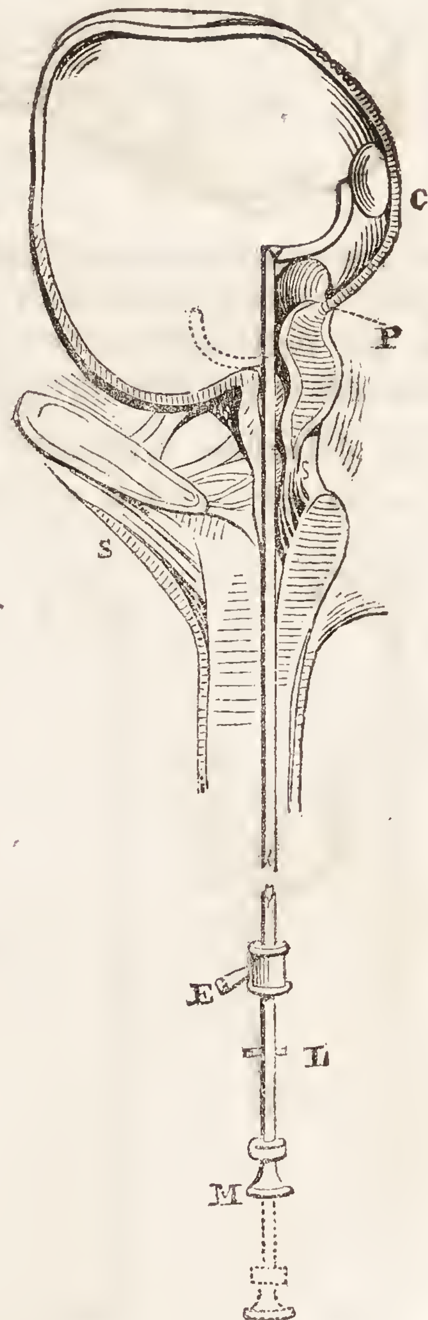


Fig. 1.

butter l'angle successivement contre tous les points de la circonférence du col vésical, apprécier assez nettement ses

déformations. Ainsi, l'angle de l'instrument est-il plus vite entré qu'à l'état normal? En d'autres termes, une plus grande partie de la longueur de la tige de la sonde reste-t-elle cachée dans l'urètre qu'à l'état sain? Le lobe moyen offre une tuméfaction en arrière; l'augmentation du diamètre antéro-postérieur du lobe moyen devient plus évidente encore quand, tournant le bec de la sonde en haut, comme pour accrocher le pubis, et en réalité pour toucher le col vésical, on voit de quelle longueur cette manœuvre met l'instrument en dehors. Cette exploration est parfaitement représentée dans cette figure, que nous empruntons à M. Leroy-d'Étiolles.

La ligne ponctuée qui représente la sonde ayant son angle ramené contre la partie supérieure du col de la vessie, indique par la ligne ponctuée du pavillon M la différence de longueur des deux portions de la tige qui restent dehors dans les deux portions de la sonde, et cette différence étant plus grande qu'à l'état normal donne la mesure de la tuméfaction ou de la saillie du lobe moyen en arrière. La lettre P indique cette proéminence. La figure montre également comment le bec de la sonde va reconnaître un calcul C cantonné dans le bas-fond de la vessie, derrière une tumeur prostatique.

La même exploration avec la sonde coudée, ou sonde à petite courbure, est représentée par la fig. 2, qui appartient encore à M. Leroy-d'Étiolles.

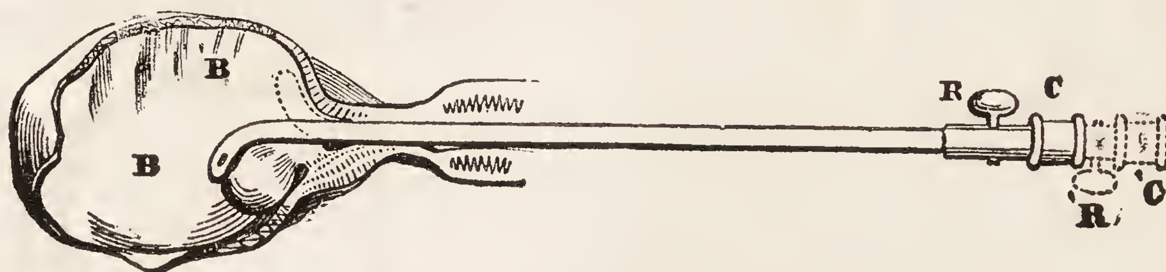


Fig. 2.

Cette figure se comprenant à première vue n'a pas besoin d'explication, d'autant plus que cette explication serait à peu près la même que pour la figure précédente. Les parties anatomiques qui n'y sont pas indiquées par des lettres seront trop facilement reconnues pour qu'il soit besoin de s'y arrêter.

M. Leroy-d'Étiolles a imaginé un instrument dans le but d'apprécier le volume de la tumeur : c'est la sonde-compas. (Voyez fig. 3.)

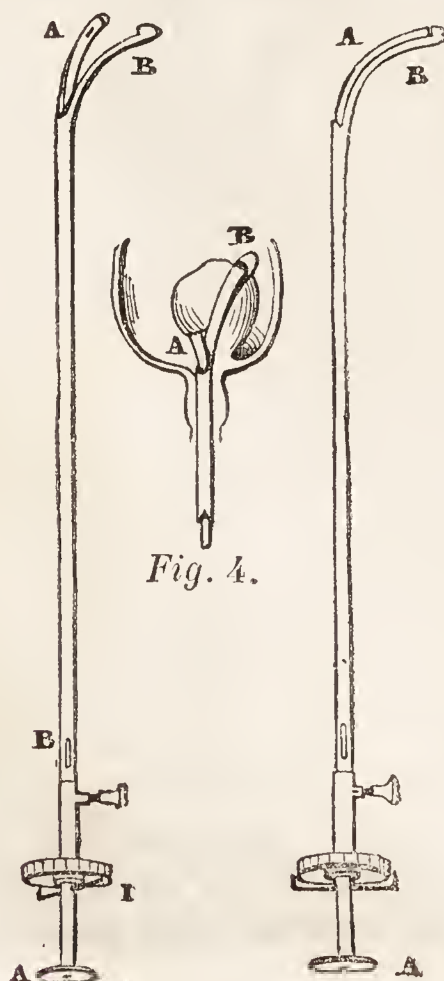


Fig. 3. *Fig.* 4. *Fig.* 5.

Elle se compose d'une sonde ordinaire B, échancrée du côté de sa convexité depuis le commencement de la courbure jusque près du bec, et d'un mandrin A, qui s'adapte exactement par sa courbure à celle de la sonde; en sorte que quand les courbures de ses deux parties sont parallèles l'instrument est fermé (fig. 4) et s'introduit comme une sonde. Mais, en imprimant au mandrin un mouvement de rotation, sa courbure tendant à tourner le dos à celle de la sonde, il s'établit un intervalle entre ces deux parties, qui figurent réellement les deux branches d'un compas (fig. 5). Supposons cette sonde placée le bec en bas, en dehors d'une tumeur du côté gauche de la prostate, en faisant exécuter au mandrin un mouvement de rotation de bas en haut et de gauche à droite, son bec viendra se placer au côté droit de la tumeur, qui se trouvera ainsi comprise

entre les deux branches du compas. L'étendue de la rotation indiquée par les degrés du cube que porte le pavillon donnera approximativement le volume de la tumeur ; et l'on pourra s'en faire une idée suffisamment exacte en répétant la manœuvre et en saisissant la tumeur par plusieurs points.

La sonde *coudée* de M. Mercier est un tube droit jusqu'à 12 ou 16 millimètres de son extrémité vésicale, où il se recourbe brusquement, presqu'à angle droit. Elle porte à son pavillon une plaque polygonale au lieu d'anneaux, pour indiquer la position de l'instrument dans le sens de la rotation. Sa tige est graduée.

Lorsqu'elle est introduite dans la vessie, on la retire un peu pour en ramener le bec contre le col ; en faisant exécuter à l'instrument un mouvement de rotation, ce mouvement s'exécutera complétement, si le col est libre, mais s'il existe une tumeur sur un point quelconque de la circonférence du col le bec sera arrêté, et, pour lui faire surmonter cet obstacle, il faudra faire basculer l'instrument de manière que son bec puisse contourner la tumeur, et la longueur de l'arc décrit par le pavillon dira la longueur de la tumeur, comme la longueur du rayon en indiquera la hauteur, c'est-à-dire que le volume sera donné comme le siége.

Mais pour ces procédés particuliers, qui n'ont guère été appliqués que par leurs auteurs, il vaut toujours mieux recourir à la description que l'auteur lui-même en a donnée.

« Maintenant, supposons qu'il existe une tumeur en un point quelconque du col vésical ; l'instrument se trouvera arrêté, et, pour passer par-dessus l'obstacle, il faudra lui imprimer un mouvement d'ascension proportionné à la hauteur de l'éminence ; puis, si l'on continue la rotation et une traction très-modérée, il redescendra au degré d'élévation où il se trouvait d'abord. La plaque adaptée, l'extrémité externe indique de quel côté le bec est arrêté ; l'arc de cercle parcouru depuis le moment où la sonde a commencé à monter et celui où elle est revenue à son premier état, donne approximativement la largeur de la tumeur, et sa hauteur se juge en voyant, à l'extrémité du gland, de combien de millimètres l'instrument a monté. On pourrait croire que cette mesure est infidèle, à cause de la facilité avec laquelle le pénis change de dimension ; mais cette crainte n'est point fondée parce que la tige de l'instrument ne remplit pas le canal, et qu'elle monte et descend sans que celui-ci participe à ces mouvements d'une manière notable. On réitère plusieurs fois cette exploration, tantôt de gauche à droite, tantôt de droite à gauche, et, de la sorte, on peut connaître : 1° le siége précis de la tumeur ou des tumeurs, s'il y en a plusieurs ; 2° leur hauteur ; 3° leur largeur ; 4° leur épaisseur approximativement, car je ne l'ai jamais vue dépasser leur largeur ; 5° enfin, à la manière plus ou moins brusque dont l'instrument monte et descend, on juge si la saillie est péduculée ou à large base. » (Mercier, *Recherches*, etc., p. 360.)

A l'aide de cette manœuvre, M. Mercier a, dit-il, reconnu bien des fois des tumeurs qui n'avaient que le volume d'un pois ; mais il convient qu'il ne faudrait pas toujours s'atendre à de tels résultats, surtout si le tissu hypertrophié est sans consistance.

Il est un autre moyen d'exploration auquel M. Civiale attache beaucoup d'importance, ce sont les grosses bougies de cire molle. Suivant l'auteur, en se déformant elles rapportent l'empreinte de l'obstacle, de la tumeur. La bougie, en venant buter directement contre un obstacle, se renfle-t-elle à son extrémité en quelque sorte comme une massue, ou se recourbe-t-elle en haut du pubis ? c'est une barrière du col vésical. Reçoit-elle une empreinte latérale, cette empreinte indique, par sa forme et sa position, la figure et le siége de la tuméfaction, etc. Il faut laisser séjourner la bougie de quatre à cinq minutes dans l'urètre, et, avant de la retirer, il faut avoir soin de marquer avec l'ongle le point correspondant à l'orifice de l'urètre, afin de juger de la profondeur de la tumeur.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces explorations, qu'on saura toujours

bien exécuter quand on aura la clef et l'instrument.

A la vue de la perfection des résultats de ces manœuvres nous ne pouvons nous empêcher de craindre, avec M. Vidal (*ouvrage cité*), que la pratique ne les ait pas seule confirmés, que la théorie n'y soit pas étrangère. Nous devons tenir ici compte de l'opinion de M. Vidal, si avantageusement placé pour examiner des prostates et tout ce qui concerne cette région : ceci a besoin d'être expérimenté sur une grande échelle

Quoi qu'il en soit, on ne confond plus l'hypertrophie de la prostate avec la pierre, avec les véritables rétrécissements de l'urètre, etc. ; et bien que le diagnostic laisse assurément encore beaucoup à désirer, on ne saurait nier qu'il a fait récemment un remarquable progrès, auquel on a nui en l'exagérant.

Complications de l'hypertrophie de la prostate. Nous n'insisterons pas ici sur les complications, parce qu'il sera plus convenable, plus pratique de s'y étendre à l'occasion de leur traitement. Nous n'en indiquerons ici que deux, à cause de l'intérêt qu'elles présentent. Dans l'une, un calcul, en agaçant le col vésical, en amène l'irritation, et cette irritation rend manifeste une hypertrophie de la prostate.

Voici un fait donné par M. Civiale comme exemple de cette complication

Obs. 22. « Un homme à peu près sexagénaire éprouvait depuis environ un an quelques désordres dans les fonctions des organes génito-urinaires. On les attribua à un catarrhe vésical, qu'on essaya de combattre de différentes manières, mais sans arriver à aucun résultat. L'idée vint alors qu'il pourrait bien y avoir une pierre, dont l'existence fut constatée, en effet, à l'aide du cathéter. Le malade se rendit à Paris : je m'assurai que la pierre avait peu de volume, mais que la prostate était engorgée, l'urètre fort irritable, la vessie frappée de catarrhe, la constitution affaiblie, et la santé générale dérangée ; il y avait fièvre, perte du sommeil et de l'appétit. Ces accidents ne paraissaient pas dépendre réellement de la pierre, puisque le malade souffrait peu en urinant, et que la marche était plutôt gênée que douloureuse. Après quelques jours de repos, pendant lesquels furent prescrits un régime doux, des bains, des lavements émollients, des boissons adoucissantes, et l'usage de quelques bougies pour diminuer l'irritabilité de l'urètre, je fis un essai de lithotritie avec beaucoup de ménagement ; le malade souffrit moins qu'il ne s'y attendait ; la pierre fut saisie et attaquée ; nul accident ne survint, le détritus et les fragments, qui furent expulsés ensuite avec l'urine, achevèrent de calmer les inquiétudes. Trois jours après, l'opération fut reprise. Une troisième séance suffit pour l'achever. Deux explorations, faites au bout de quinze jours et de trois semaines, me convainquirent qu'il ne restait plus rien dans la vessie. Déjà les urines, redevenues limpides, sortaient avec facilité, sans douleur ; la fièvre avait cessé, et les forces étaient revenues, ainsi que l'appétit. Ce malade était du nombre de ceux chez lesquels les effets de la pierre demeurent en quelque sorte latents, et auxquels l'opération imprime une secousse favorable. L'engorgement de la prostate cessa d'entraîner des désordres dans l'excrétion de l'urine, à dater du moment où la contractilité du col vésical fut détruite. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, page 522, 1841.)

Nous doutons que ce fait paraisse à tous bien rigoureusement interprété. Est-ce que le calcul ne pourrait pas, sans l'irritation du col vésical, amener dans l'excrétion urinaire le trouble dont il est question dans l'observation ?

L'autre cas est encore une double et même une triple complication ; il y avait à la fois rétrécissement de l'urètre, calcul vésical et hypertrophie prostatique, et de plus une tendance remarquable au développement de l'orchite.

Obs. 23. « Un homme âgé de cinquante-huit ans, d'une forte constitution et d'une santé générale excellente, malgré les vives douleurs qu'il éprouvait depuis long-temps en urinant, vint à Paris en 1828, et y fut traité, pendant plusieurs mois, d'un rétrécissement de l'urètre. Ce malade avait en même temps la pierre, et, lorsque l'urètre fut libre, on

chercha à appliquer la lithotritie ; soit que le chirurgien n'eût pas la dextérité nécessaire, soit qu'il employât des instruments imparfaits, les essais furent infructueux ; on ne pouvait même pas parvenir dans la vessie. Je m'assurai que l'opération présentait en effet des difficultés produites par un état pathologique de la prostate, mais qui pouvaient être surmontées. Il fallut un grand nombre de séances, qui furent assez bien supportées. Chacune était suivie de l'expulsion d'une quantité notable de détritus et de petits fragments. Le traitement fut interrompu pendant quelque temps par une orchite qui s'était déjà manifestée pendant la cure du rétrécissement de l'urètre. Le sujet conserva une grande irritation du col de la vessie, et des besoins d'uriner plus fréquents que dans l'état normal ; mais il fut débarrassé de sa pierre, et sa santé s'est maintenue depuis dans un bon état. » (Civiale, *loc. cit.*, p. 321.)

Pronostic de l'hypertrophie de la prostate. Le pronostic de cette affection varie autant que possible, puisqu'elle peut être latente, nous voulons dire sans effet sur la santé, et qu'elle est quelquefois mortelle. Dans le degré intermédiaire, les douleurs, mais surtout le désordre qu'elle occasionne dans l'excrétion urinaire, en font, dans le cas de rétention, une maladie qui peut avoir des suites fâcheuses ; dans le cas d'incontinence, une triste et dégoûtante infirmité. Voici une observation où elle devint mortelle par rétention et aussi, d'après Home, par suppression d'urine. Nous ne garantissons point l'explication du chirurgien anglais. Le fait d'ailleurs mérite d'être rapporté.

Obs. 24. « Un gentleman eut une gonorrhée en 1772, et une autre en 1784, qui furent si graves, que depuis ce temps il n'urina jamais facilement : le fil de l'eau continua à diminuer graduellement, et en 1804, il était obligé de faire des efforts pour lancer l'urine hors de la vessie. Il remarqua que la quantité de liquide qu'il rendait était beaucoup moins considérable que la boisson qu'il avait prise, et il lui semblait que la vessie n'était jamais vide, mais qu'il en coulait assez pour calmer le malaise actuel. Dans cet état, le 3 juin 1804, âgé de cinquante-deux ans, il but du cidre en quantité; aussitôt il s'ensuivit un grand bruit dans ses entrailles, qui dura tout le jour, et une grande partie du suivant ; ce bruit, occasionné par des vents, était si fort qu'il incommodait les personnes qui lui tenaient compagnie. Le 4 il se plaignit d'une légère douleur de l'abdomen, et prit un peu de magnésie et de rhubarbe; mais, n'en ayant pas obtenu d'évacuation, le 5, au matin, il prit une demi-once de sel de La Rochelle (tartrate de potasse et de soude) et une demi-once d'huile de ricin. Le soir, il prit deux grains de calomel, cinq grains d'extrait de coloquinte en pilules, dont il facilita la déglutition avec deux onces d'une mixture purgative ; la mixture était répétée chaque quatre heures, et il la continua jusqu'au 6 ; ce jour, il eut trois ou quatre selles, il rendit de l'urine comme de coutume, mais elle était très-trouble. Les évacuations ne le soulagèrent pas. Le 7, il n'eut point de selle; son abdomen était très-tendu, mais il rendit de l'eau. Le 8, au matin, il se mit sur le pot, il urina un peu, et ne fit rien par les selles. Il était frappé de l'idée qu'il ne pouvait pas vivre, et que ses intestins allaient tomber en gangrène. Il jugea à propos de faire toutes ses dispositions, et attendit la mort avec impatience.

» Le 9 il n'y eut d'évacuation ni par les selles, ni par l'urètre. Le malade était toujours inquiet, il ne pouvait rester tranquille, il désirait la mort, il sentait douloureusement une chaleur interne vers les reins; la soif était grande ; il avait du plaisir à entretenir l'humidité dans sa bouche, avec deux ou trois cuillerées d'un thé affaibli.

» Le 10 il était dans le même état, ne prenant que des boissons très-légères ; ses idées n'étaient pas aussi suivies, mais il se remettait facilement lorsqu'on lui parlait. Comme il n'avait pas rendu d'urine depuis le 8, qu'il n'avait cessé de boire, et que le bas-ventre était tendu, il parut probable que les symptômes existants indiquaient une distension de la vessie ; on proposa en conséquence de la vider, mais au premier essai on détermina une contraction spasmodique qui ne permit même pas d'introduire une bougie de boyau de chat; mais en per-

sistant on parvint dans la vessie avec une très-petite; lorsqu'on la retira, il n'en sortit rien. On introduisit bougie sur bougie, et, dans l'espace d'une heure, on réussit à faire pénétrer un très-petit cathéter dans la vessie, d'où l'on tira à peine deux onces d'urine; il ne s'ensuivit aucun soulagement, mais il en résulta l'envie de verser de l'eau, envie qui ne s'était pas fait sentir depuis deux jours. Le trouble de son esprit augmenta; il passa une très-mauvaise nuit; il ne voulut pas se mettre au lit, mais il resta assis sur une chaise; il disait que ses reins étaient crevés, que l'intérieur de son corps était consumé, et sa gorge brûlée par la chaleur; il mourut le 11, à dix heures du matin.

» A l'inspection du cadavre, on remarqua une légère apparence d'inflammation sur la portion péritonéale des intestins; le colon était très-distendu ainsi que les intestins grêles; on ne trouva point de fluide dans la cavité générale de l'abdomen, ni de rougeur sur les tuniques des intestins. La vessie était contractée et entièrement vide; sa membrane interne était fasciculée, preuve bien évidente d'un état maladif antécédent.

» Les reins et les uretères étaient à peu près dans leur état naturel.

» En ouvrant les reins, et en examinant leur structure interne, on trouva que la substance corticale avait perdu de sa nature et contenait si peu de sang rouge, qu'on pouvait croire à son mélange avec une matière graisseuse; mais, lorsqu'on la mettait dans l'eau, cette apparence disparaissait, comme cela arrive aux parties qui ont plus de sang que d'autres. La substance mamelonnée avait resserré son tissu aussi étroitement que l'aurait fait l'action de l'alcool; à son origine, elle était très-séparée de la substance corticale; elle était uniforme et moins arrondie au sommet que dans l'état sain. La poche rénale était petite, les bassinets et les parties qui s'y portent étaient contractés. Il y avait aussi une grande quantité de graisse comblant tous les interstices du pourtour de la poche, entre la substance mamelonnée et les procès qui en partent. » (Everard Home, *Traité des maladies de la prostate*, trad. franç., p. 44.)

A part la terminaison fatale, ce qui domine le pronostic de l'hypertrophie de la prostate, ce sont les tourments de la rétention d'urine et ses conséquences, le cathétérisme et ses dangers, son impossibilité, etc. Les faits dont cet article est enrichi se chargeront du reste de donner une idée du pronostic.

Traitement de l'hypertrophie de la prostate. Le traitement médical proprement dit a bien peu de prise sur une affection en quelque sorte organique, sur une hypertrophie; aussi ne doit-on le regarder que comme un auxiliaire, souvent encore peu important, du traitement chirurgical. Cependant, quand le mal est peu avancé, et que le sujet, conservant encore la faculté d'uriner sans de grandes difficultés, n'éprouve que des envies trop fréquentes de se livrer à cette excrétion et quelques douleurs vers le sacrum ou le périnée, des sangsues aux lombes et des purgatifs suffisent quelquefois pour amener la chute des accidents. Home recommande la poudre de Dower; M. Civiale, avec plus de raison, ce nous semble, conseille de recourir à un purgatif doux quelconque. Quant aux antiphlogistiques, comme une sorte de pléthore prépare pour ainsi dire l'hypertrophie de la prostate, Home y insiste beaucoup et taxe de préjugé la crainte d'affaiblir les vieillards par la saignée; il cite comme preuve de l'efficacité de ce moyen thérapeutique l'exemple suivant :

Obs. 25. « Un gentleman, âgé de quatre-vingt-cinq ans, qui avait eu une légère attaque de paralysie, me consulta pour un flux fréquent d'urine, qui l'incommodait, surtout pendant la nuit. Je lui recommandai d'appliquer une ventouse sur la région des reins; elle diminua ce symptôme; mais comme il faisait bonne chère, il rechuta une ou deux fois, et peut-être plus souvent dans l'année; le même traitement produisit le même effet. Je lui conseillai de faire usage de ce moyen toutes les fois qu'il serait menacé d'une récidive, soit à cause du bien qu'il en éprouvait pour le moment, soit pour prévenir une autre attaque de paralysie. Dès qu'il fut éloigné de

moi, il n'en fit rien; le médecin qu'il consulta s'opposa à la saignée, et il mourut d'une attaque d'apoplexie. » (Everard Home, *Traité des maladies de la prostate*, trad. franç., p. 55.)

On essaie de calmer les douleurs par des préparations opiacées; mais il ne faudrait pas se flatter de les voir réussir toujours, puisque Home a pu dans un cas faire prendre à un malade jusqu'à 220 gouttes de laudanum en vingt-quatre heures, indépendamment de quelques doses d'opium sous forme solide, et cela sans obtenir le résultat qu'il espérait. L'irritation resta si forte qu'il n'y eut point de sommeil, et le ténesme fut tel qu'il semblait au sujet que le col de sa vessie était entraîné avec l'urine. Il succomba. Comme calmants, les bains tièdes sont encore un bon moyen à employer, surtout pour disposer au traitement chirurgical.

C'est le traitement chirurgical qui est presque tout ici quoiqu'il ne soit pas encore beaucoup. Effectivement, dans la plupart des cas, il ne s'adresse pas à la maladie elle-même, mais à son principal symptôme, c'est-à-dire aux troubles de l'excrétion urinaire. Rétablir le cours régulier des urines doit au moins être le premier soin du chirurgien en remettant à s'occuper plus tard des altérations de la glande qui déterminent le dérangement de la fonction.

Le traitement chirurgical se compose donc de deux séries de moyens, de ceux qui sont dirigés contre le trouble de l'excrétion urinaire, et de ceux qui sont destinés à combattre directement l'altération organique.

a. *Moyens dirigés contre les troubles de l'excrétion urinaire.* Il s'agira d'abord de la rétention d'urine, plus grave que l'incontinence, et heureusement plus à la portée de la chirurgie.

Les bougies molles étaient tombées dans une sorte de discrédit depuis que Home en avait blâmé l'usage; M. Civiale a voulu les réhabiliter. Suivant lui, elles ramènent la sensibilité de l'urètre à ses conditions normales, et elles suffisent souvent à faire disparaître la plupart des symptômes. Elles ont en outre l'avantage de pouvoir être supportées par des malades chez qui l'introduction d'une sonde métallique ou élastique provoquerait inévitablement des accidents. Les notions que donnent leur déformation sur les dispositions principales de la tuméfaction prostatique ne sont pas non plus indifférentes; et l'on se consolerait d'avoir manqué le premier but en arrivant à celui-là. On aurait toujours recueilli des notions propres à guider dans l'emploi de la sonde.

La sonde et sa manœuvre va nous occuper ici, mais seulement sous le point de vue des maladies de la prostate; ce qui regarde le cathétérisme en général devant être traité à l'occasion de la rétention (*voy.* Rétention d'urine). Fabrice de Hilden, Home et la plupart des auteurs recommandent les sondes de gros calibre dans le cas d'hypertrophie de la prostate, et c'est tout simple : puisque, ainsi que Hunter l'avait dit le premier, le diamètre de l'urètre, à la région prostatique est alors plutôt augmenté que diminué, on n'a pas besoin ponr pénétrer d'instruments menus qui exposeraient à des déchirures et à des fausses routes et cela sans aucune compensation. Tout le monde est d'accord aujourd'hui sur ce point, M. Mayor plus que personne. Suivant M. Civiale, le diamètre convenable est 5 millimètres.

Le cas suivant, tiré de la pratique de Brodie, parle évidement en ce sens, puisqu'après avoir échoué avec une petite bougie on réussit avec un assez gros cathéter.

Obs. 26. « Un Italien, domestique d'un gentilhomme, et âgé de soixante-huit ans, en novembre 1804, éprouva quelque difficulté de rendre ses urines. Dans le courant de l'hiver qui suivit, ce symptôme augmenta considérablement. Il les rendait avec douleur et en petite quantité chaque fois; elles étaient fréquemment teintes de sang, et déposaient constamment, plus ou moins, un sédiment d'une couleur blanche, et d'une consistance muqueuse ressemblant au blanc d'œuf. Il lui survint de temps en temps des rétentions complètes, mais elles n'étaient pas de longue durée. Tous ces symptômes s'aggravèrent vers la fin de l'hiver. Le 26 avril 1806, il s'éveilla à

deux heures du matin, et essaya, mais inutilement, de rendre ses urines. Pendant le jour, il fut encore incapable de le faire, et il en éprouva conséquemment de la douleur et une incommodité insupportable.

» A quatre heures et demie après midi on introduisit une petite sonde de gomme élastique, la seule que l'on eût; mais elle rencontra un obstacle au col de la vessie, qui l'empêcha de pénétrer dans sa cavité.

» A six heures et demie on introduisit un cathéter d'argent assez gros, et il arriva facilement dans la vessie, d'où l'on tira trois pintes d'urine teinte de sang. Je mis le malade à la charge de M. Brodie; il le vit à une heure du matin le 27 avril. Le malade, dans ce moment, souffrait cruellement, pour la seconde fois, d'une distension de la vessie; et, comme il lui était impossible de se débarrasser de l'urine, on introduisit de nouveau un cathéter, et il en coula encore trois pintes. Il fut calme jusqu'à six heures; alors il éprouva un violent désir d'uriner; le cathéter fut introduit à sept heures, et il y eut écoulement d'une pinte de liquide. Cette urine, ainsi que celle qui avait déjà été rendue, déposait en grande quantité un sédiment muqueux.

» Dans le cours de la journée on introduisit trois fois le cathéter.

» Le 28 avril, l'urine déposait moins de mucus. Le malade était sans douleur, et rendait de lui-même quelques jets d'urine lorsque la vessie était pleine. La sonde fut passée trois fois, et chaque fois il y eut environ douze onces d'urine de rendue.

» Le 29 avril, le cathéter fut introduit trois fois.

» Le 30 avril, le malade rendit de lui-même un peu plus d'urine; il en resta moins dans le fond de la vessie. Le cathéter fut introduit deux fois.

» Les 1er, 2, 3 et 4 mai il put rendre une quantité plus considérable d'urine, et ce qu'il pouvait en rester au fond de la vessie diminuait chaque jour. On introduisit le cathéter deux fois dans le jour.

» Du 5 mai au 18 on n'eut besoin d'introduire la sonde qu'une seule fois chaque vingt-quatre heures.

» Du 18 au 24, on introduisit la sonde tous les deux jours. Dès ce moment, il fut capable de désemplir sa vessie sans le cathétérisme; l'urine ne contenait plus de mucus, et sous tous les autres rapports le malade était bien : on abandonna l'usage de la sonde. » (Everard Home, *Traité des maladies de la prostate,* traduct. française, p. 78.)

On est également d'accord, à part la question historique, qui est le sujet d'un débat, sur la courbure de la sonde. Elle doit être brusquement *coudée*, comme dit M. Mercier, c'est-à-dire formant presque l'angle droit. Le bec, cette partie qui porte les yeux, et qui termine l'instrument, à partir de sa courbure doit être court; il n'a que de douze à seize millimètres dans les sondes de M. Mercier, et guère davantage dans celles de M. Leroy-d'Étiolles.

Les yeux de la sonde, quand on l'introduit et surtout quand on la retire, blessent bien souvent la partie malade de la prostate. Principalement lorsque le tissu de la glande est mou, il s'engage, il fait en quelque sorte hernie dans les yeux de l'instrument, et un sentiment de résistance, d'arrachement est perçu par la main qui fait mouvoir la sonde. Cette remarque pratique, qui n'avait point échappé à Home, est pleinement confirmée par M. Civiale, qui l'a, pour ainsi dire, expérimentée. En se servant ensuite d'un cathéter sans yeux, ni le malade, ni le chirurgien n'éprouvent les mêmes sensations; l'un ne souffrait point, l'autre ne rencontrait aucune résistance insolite à mouvoir l'instrument. M. Civiale conseille les dispositions suivantes pour éviter ce grave inconvénient. Il emploie des sondes dont les yeux sont très-petits, très-rapprochés, de forme ovale, à bords effacés, usés de dehors en dedans. De plus, il remplit la sonde avec une bougie molle, qui s'oppose à la pénétration du tissu prostatique dans l'intérieur de l'instrument. On a aussi imité la précaution quelquefois usitée dans l'emploi du spéculum, en se servant d'une sorte d'embout représenté par un mandrin métallique bouchant l'œil unique de la sonde placé à son extrémité même. Mais

ce mandrin est dans quelques cas difficile à retirer, et force à imprimer des secousses douloureusement ressenties par le malade. M. Civiale ne désapprouve pas la position d'un œil unique du côté de la courbure, mais on en a, selon lui, exagéré les avantages.

Quant à la matière de la sonde, on préfère généralement celle en gomme élastique. Everard Home, convaincu de la supériorité de celles à courbure fixe, s'est étudié pendant vingt ans à en faire fabriquer qui fussent d'une régularité de surface et d'un poli convenables. Aujourd'hui celles qui sont faites en France avec des canevas courbes, sont parfaites ; elles ont toute la solidité et toute la souplesse désirables. Si leur introduction exige souvent l'emploi du mandrin, elles ne forment point alors ces plis et ces bosselures si nuisibles que présentent sur ces mandrins courbes les sondes élastiques droites.

La manière d'introduire la sonde dépend de beaucoup de circonstances, mais d'abord de la nature de la substance dont elle est formée. Nous commencerons par la description du cathétérisme évacuateur pratiqué avec une sonde flexible, les cas qui le réclament étant les moins difficiles.

On prend de préférence une sonde à courbure fixe et dont l'extrémité bien arrondie soit du même diamètre que le reste de l'instrument. On essaie d'abord de l'introduire sans mandrin. On l'engage avec lenteur dans l'urètre et, dès qu'elle est arrivée à la partie prostatique, on appuie légèrement dessus, mais sans lui imprimer une direction plutôt qu'une autre, à moins que des explorations préalables n'aient clairement indiqué une déviation de l'urètre. C'est le canal qui doit diriger l'instrument, et il ne reste à la main du chirurgien qu'une influence très-bornée. Si, après une sage insistance, la sonde ne pénètre pas, on la retire pour la munir d'un mandrin à petite courbure semblable à ce que nous avons dit que devait avoir la sonde. Maintenant, que la sonde soit de gomme élastique ou de métal, la manœuvre est la même : comme M. Vidal de Cassis en a très-clairement tracé les règles dans un court espace, nous lui empruntons sa description.

« J'ai souvent répété que le cathétérisme doit être pratiqué avec une extrême douceur. Cependant le poids seul de la sonde ne peut la faire pénétrer, surtout quand le canal est dévié par un gonflement de la prostate. Il faut donc imprimer certains mouvements à cet instrument, et c'est dans la mesure, dans la direction de la force à employer, que consiste la vraie habileté chirurgicale. Le jeune praticien s'arrête trop tôt, ou brusque trop l'opération. Il faut, s'il veut réussir, qu'il analyse bien les trois mouvements qui peuvent faire pénétrer la sonde : il s'agit ici du cathétérisme pour un engorgement prostatique : la sonde a franchi le bulbe, son bec a parcouru la portion membraneuse, il se présente à la prostate, là où sont les obstacles. Le mouvement le plus ordinaire consiste à continuer celui de bascule par lequel la sonde est entrée dans la portion courbe ; à ce mouvement, se joint une pression exercée par les mêmes doigts qui tiennent le pavillon. Cette pression exercée de si loin, devra être ménagée. Il vaut mieux, quand une résistance se fait sentir, transporter cette pression plus près de la résistance ; il est préférable alors de porter la main gauche au périnée, pour comprimer sur la convexité de la sonde, à mesure que la main droite continue le mouvement de bascule. Quand il y a ensemble parfait entre ces deux mouvements, il est rare que la sonde n'entre pas dans la vessie. Il peut se faire cependant qu'on soit obligé d'ajouter un autre mouvement que j'appellerai d'inclinaison. On se rappelle qu'en parlant du diagnostic, j'ai dit que la sonde exploratrice pouvait être inclinée sur un des côtés, par le développement d'un lobe latéral, ou par une tumeur formée par le lobe inférieur : dans le premier cas, le pavillon de la sonde est incliné du côté du lobe proéminent ; quand c'est une tumeur médiane, il l'est à la paroi inférieure de l'urètre. Si cette tumeur est libre des deux côtés, sur chacun de ces côtés est une rainure suivie par le bec de la sonde ; si le bec de la sonde enraie le côté gau-

che, le pavillon sera incliné à droite et *vice versâ*. Eh bien ! c'est dans le sens de ces inclinaisons que la pression doit être exercée. Si on voulait s'obstiner à redresser la sonde pour lui faire suivre l'axe normal de l'urètre, au lieu de lever les difficultés, on les augmenterait. Ainsi, 1° mouvement de bascule ; 2° pression sur le pavillon ; 3° pression sur la convexité de la sonde ; 4° inclinaison et pression dans le sens de l'inclinaison. Quand on sait apprécier et diriger ces mouvements on a beaucoup fait pour le traitement des engorgements prostatiques, puisqu'on a fait réussir le cathétérisme dans les cas les plus difficiles. Mais les inflexions de la portion prostatique de l'urètre, les déviations du col vésical opposent quelquefois des difficultés insurmontables pour des sondes tout à fait inflexibles ; on a employé alors des sondes qui peuvent, pour ainsi dire, se plier à ces difficultés. Les sondes élastiques, avec ou sans mandrin, les bougies, ont été mises en usage. Il est des sondes élastiques qui ont assez de résistance pour pouvoir servir sans mandrin ; elles ont quelquefois réussi quand les sondes tout à fait inflexibles ont échoué. Quelquefois on a employé des sondes flexibles avec mandrin ; mais dès qu'on juge que le bec est arrivé à l'obstacle on retire le mandrin, et, d'inflexible, la sonde devient flexible ; on peut la pousser avec une certaine force ; sa courbure augmentant d'une manière subite, le bec s'élève au-dessus de l'obstacle ; alors une seconde impulsion fait arriver l'instrument dans la vessie. Quelquefois, au lieu d'enlever le mandrin, on ne le retire que dans l'étendue de douze à quinze lignes, ce qui est suffisant pour relever le bec de la sonde et augmenter de beaucoup sa courbure. Je crois que c'est M. Leroy qui a le premier fait connaître cette manœuvre. Elle peut avoir des avantages, mais on doit la tenter quand le cathétérisme, tel que je l'ai déjà décrit, ne réussit pas. Voici un inconvénient, un danger que je dois signaler : Si, après l'insuccès de la première tentative, on veut replacer le mandrin pour recommencer la manœuvre, cette tige, qui est métallique, pourra, au lieu de suivre l'axe de la sonde, se dévier, traverser un des yeux de cet instrument et aller blesser l'urètre. On doit alors complétement retirer la sonde pour l'armer de nouveau de son mandrin, avant d'en venir à un second essai. La nécessité de retirer complétement la sonde pour recommencer l'essai a été considérée comme un argument contre cette pratique ; mais si réellement la méthode a des avantages, et j'en suis persuadé, on ne saurait trop y mettre de temps pour la faire réussir. J'ai déjà dit qu'on ne l'applique que quand les autres méthodes de cathétérisme ont été inutilement tentées. » (Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, t. v, p. 441.)

Il y a un point sur lequel on a insisté, c'est la position que doit avoir la sonde en parcourant l'urètre. Il est toujours bien entendu qu'il ne s'agit ici que de la sonde à petite courbure dans les engorgements de la prostate. Voici comment s'exprime M. Mercier :

« On pourrait tenir le pavillon dirigé vers le ventre du malade, mais cette manière de faire aurait des inconvénients.

» D'abord, le canal présente une courbure en vertu de laquelle il se dirige du sommet du gland vers la face inférieure de la verge ; la forte courbure de l'instrument expose donc à frotter trop rudement contre la paroi supérieure de cette portion du canal ; cependant cet inconvénient serait de peu d'importance puisque, la verge étant mobile, il serait facile de lui donner une direction appropriée.

» Mais, arrivé au-devant de la symphyse pubienne, au niveau du ligament suspenseur, l'urètre présente une seconde courbure également d'avant en arrière et de haut en bas, pour passer au-dessous de l'arcade. Cette courbure serait difficile à franchir, surtout chez les sujets obèses dont le ventre développé ne permet pas d'incliner fortement le pavillon dans ce sens.

» Pour éviter ces inconvénients, je conseille d'introduire toujours ces instruments de côté, c'est-à-dire de diriger le pavillon vers l'aine gauche quand on est à droite, et réciproquement ; puis sitôt

que le bec est engagé dans le canal, de ramener la tige à vingt-cinq degrés environ de la verticale et de pousser suivant une ligne qui, des doigts conducteurs, irait tomber sur le milieu de la portion recourbée.

» De cette manière, si l'on ne serre pas la tige trop fortement, le bec se tourne de lui-même dans la direction du canal, et on aura en outre l'avantage suivant : Quand on introduit ces instruments le bec tourné vers la paroi supérieure, c'est la paroi inférieure seule qui est obligée de se prêter à leur courbure, puisque la première est fixée dans toute sa longueur ; tandis que si l'on suit mon conseil, les parois latérales, étant libres toutes deux, obéissant l'une à la pression du bec, l'autre à la saillie de l'angle, le canal forme une espèce de zigzag et la pression se trouvant ainsi partagée, devient moins sensible.

» Lorsqu'on est arrivé au bulbe, il suffit d'incliner légèrement le pavillon vers l'abdomen pour que le bec se tourne spontanément vers la vessie et s'engage dans la portion ascendante du canal ; alors commence le temps le plus délicat de l'opération.

» En effet, si l'on se contentait de baisser le pavillon, le bec, qui est très-court, irait immédiatement arc-bouter contre la paroi pubienne de la portion membraneuse, et on pourrait faire fausse route, comme cela est arrivé en ma présence avec des instruments de lithotritie. Ces fausses routes sont très-dangereuses, car il existe, entre le canal et la symphyse, des sinus veineux considérables ; ces sinus peuvent alors s'enflammer et donner lieu à toutes les conséquences d'une phlébite. Dans le cas en question, j'avais annoncé que très-probablement l'individu ne tarderait pas à succomber : c'est ce qui arriva en effet au bout de quelques jours, et nous trouvâmes tous les plexus veineux qui avoisinent le col de la vessie enflammés, et du pus dans la plupart des grandes articulations.

» Si, au lieu de baisser seulement le pavillon, on se contentait de pousser l'instrument suivant l'axe de la tige, le talon se trouverait arrêté par la paroi postérieure, surtout si le bord postérieur du col de la vessie se projetait en avant comme je le dirai plus loin. C'est donc d'une habile combinaison du mouvement d'abaissement avec celui d'impulsion que dépend le succès ; et cette combinaison, il est plus facile de la concevoir et même de s'y habituer que de la décrire.

» Dans quelques cas, au lieu de combiner ces mouvements, je me suis bien trouvé de les exécuter alternativement.

» Une fois le col franchi, l'instrument entre brusquement et à une grande profondeur, si la vessie est pleine ; on peut le tourner, l'incliner dans tous les sens, ce qui lui donne un grand avantage lorsqu'il s'agit d'explorer la vessie et surtout le pourtour de son col, le basfond, etc. Si les calculs échappent si souvent aux explorations, c'est parce qu'on se sert de sondes dont le bec trop allongé ne peut être tourné en arrière. » (*Gazette des Hôpitaux*, n° 4, t. VII, 2e série. 1845.)

M. Mercier trouve dans l'anatomie normale elle-même la raison de la manœuvre du cathétérisme. M. Civiale la voit surtout dans l'anatomie pathologique.

« On ne s'est pas aperçu qu'en tenant une sonde à petite courbure comme celles dont les praticiens se sont servis jusqu'à nos jours, l'extrémité courbée doit labourer la face correspondante de l'urètre, jusqu'à l'arcade sous-pubienne. Il ne résulte de là, en général, qu'un excès de douleurs ; mais une fois qu'on est parvenu à la partie membraneuse, des obstacles peuvent surgir. J'ai dit que, par le fait de la tuméfaction prostatique, le col de la vessie est refoulé en arrière et la partie membraneuse tiraillée, allongée ; il s'ensuit que, depuis la voûte sous-pubienne jusqu'au point où commence la déviation de la partie prostatique, il y a une assez longue étendue de canal rectiligne à faire parcourir par la portion courbée de la sonde. Souvent, dans la pratique ordinaire et, à plus forte raison, si l'on se sert d'une sonde à petite courbure, on abaisse trop tôt la main pour relever l'extrémité oculaire de l'instrument, et il arrive alors que le bec de la partie courbe s'applique

avec force contre la face supérieure de la portion membraneuse de l'urètre, qu'il chemine difficilement, et que, quand on le pousse avec force, il fait fausse route, comme je l'ai vu une fois. Donc, lorsqu'on introduit un instrument courbe dans le canal, il faut bien se représenter et le degré de courbure qu'il offre et l'effet que produit cette courbure. Pour que celle-ci soit dans la direction de l'urètre, il est nécessaire que la partie droite, encore en dehors du canal, soit inclinée d'une quantité proportionnée au degré de l'incurvation. C'est vers l'aine de l'un ou de l'autre côté qu'il convient d'incliner l'extrémité annulaire de la sonde jusqu'à ce qu'elle ait franchi la courbure sous-pubienne; c'est en haut, sur la ligne médiane, vers l'ombilic, que l'inclinaison se fait, pour qu'elle puisse parcourir la partie membraneuse. Mais je répète que l'obliquité doit toujours être graduée de manière que le bec de la sonde se trouve dans la direction de la région parcourue de l'urètre. En suivant cette marche, on évite les inconvénients reprochés aux sondes à petite courbure, et qui ne dépendent que d'une manœuvre vicieuse. Pour la partie membraneuse, on écarte sûrement les difficultés en maintenant la partie droite de la sonde dans une direction oblique, de telle sorte que sa partie courbe chemine horizontalement, comme la partie de l'urètre qu'elle parcourt le fait depuis la courbure sous-pubienne jusqu'à la tumeur prostatique. Or rien n'est plus facile que de la faire avancer ainsi jusqu'au moment où commence la déviation accidentelle du canal. Qu'on ait à introduire par cette manœuvre une sonde ou un lithoclaste, le cas est le même: on réussit sûrement. » (Civiale, *ouvrage cité*, p. 349, 2e partie.)

Les règles exposées plus haut sont communes à l'application de toutes les sondes à petite courbure, que l'instrument soit élastique ou métallique; maintenant nous allons indiquer ce qu'il y a de spécial dans la conduite d'une algalie.

La sonde flexible s'adapte à la direction de l'urètre, et, par conséquent, une manœuvre vicieuse est à peu près sans danger. Avec la sonde métallique il n'en est plus ainsi; dirigée par la main du chirurgien auquel elle donne une sensation plus nette de la résistance qu'elle éprouve, elle s'emploie surtout dans les cas où l'on a échoué avec la sonde flexible, et où les explorations ont fait connaître d'avance la déviation de l'urètre. Aussi a-t-elle besoin d'être gouvernée d'une manière sûre, ce qui est beaucoup plus aisé que pour la sonde élastique, qui se meut toujours plus ou moins sur son mandrin. C'est à cet instrument, à une sonde métallique à petite courbure et d'un diamètre de quatre millimètres et à bec arrondi, qu'on recourt avec le plus de succès dans les cas difficiles. Il n'y a, suivant M. Civiale, qu'une exception, c'est lorsque la tumeur prostatique a déterminé une déviation moins brusque, mais plus allongée, plus étendue en arrière dans la vessie, circonstance extrêmement grave, d'après le même praticien, qui a réussi à en triompher en procédant de la manière suivante: une sonde flexible à courbure fixe et à très-petits yeux est munie d'un mandrin qui la remplit bien; dès que le bout est parvenu à la tumeur prostatique, le mandrin est retiré de quelques lignes seulement. Par cette manœuvre la courbure de l'instrument se trouve agrandie, et son extrémité, devenue flexible, suit avec plus de facilité la direction anormale du canal. M. Mercier avait objecté que si l'on ne réussissait pas à faire pénétrer l'instrument dans la vessie, il fallait subir l'un de ces deux inconvénients: ou retirer l'instrument dans la position où l'avait mis le commencement de retrait du mandrin, ce qui forçait à labourer l'urètre, ou essayer de replacer complétement ce mandrin, ce qui exposait à en faire saillir l'extrémité par les yeux de la sonde ou même à travers ses parois. M. Civiale répond que les yeux de la sonde sont fort petits, le mandrin très-gros, et que la première peut se mouvoir sur le second sans crainte que celui-ci s'engage dans les yeux, et que, comme la sonde à deux lignes de diamètre, ses parois offrent une solidité suffisante. Il n'y a donc à craindre, selon M. Civiale, ni rupture,

ni déformation, pourvu cependant qu'on agisse toujours avec les plus grands ménagements et sans violence.

Quelquefois l'exagération de la sensibilité provoque le resserrement de la portion fongueuse et membraneuse, en sorte que la sonde, serrée au passage, ne peut plus avancer sans produire de vives douleurs. Cet obstacle, signalé par Home, n'est pas très-rare, et il ne faudrait pas le confondre avec un obstacle permanent, organique. Ce n'est pas une raison pour renoncer au cathétérisme, mais il faut redoubler de précaution en le pratiquant. Pour calmer l'irritation spasmodique de l'urètre on se trouve souvent bien de le préparer à l'introduction de la sonde en passant une bougie molle qui est mieux supportée et habitue le canal au contact des corps étrangers, qu'il supporte moins bien que la cire molle.

Chopart a signalé une méprise de la possibilité de laquelle il suffit d'être prévenu pour ne pas y tomber : c'est une dilatation anormale de la portion membraneuse, élargie au point de conserver une certaine quantité d'urine, comme dans un petit diverticulum, qui peut y donner lieu. Une fois le bec de la sonde parvenu dans cette poche accidentelle, il en sort de l'urine qui peut faire croire que l'instrument est dans la vessie.

Une autre altération, qui est en quelque sorte le premier degré de la précédente, consiste dans la flaccidité des parois du canal, qui fuient pour ainsi dire devant l'extrémité de l'instrument. Il faut alors employer de préférence une sonde de gros volume.

Souvent, à la fin de l'écoulement de l'urine, il se manifeste une vive douleur à la vessie ; elle dépend de ce que la surface interne de la vessie vient coiffer, en s'y appliquant, le bout de la sonde. Il y aurait trois moyens de prévenir cet accident : 1° en ne laissant pas s'écouler la totalité de l'urine ; mais cette stagnation du liquide déjà concentré ne recommande pas cette manière d'agir ; 2° en interrompant l'écoulement en bouchant de temps en temps avec le doigt l'orifice externe de la sonde ; de cette manière la vessie revient moins vite sur elle-même et reçoit l'instrument avec plus de douceur ; 3° enfin, et c'est le meilleur procédé, c'est de ne faire pénétrer la sonde dans la vessie juste que de la quantité suffisante pour que ses yeux puissent y puiser l'urine. On peut toujours, avant la fin de l'écoulement, la retirer au degré convenable, si elle avait été préalablement trop engagée.

L'évacuation de l'urine donne au malade un bien-être indéfinissable ; il renaît en quelque sorte à la vie. Il faut avoir assisté à cette fin si complète d'une crise violente pour se faire une idée du soulagement qui lui succède. Quelle doit être alors la conduite du chirurgien? Il laissera la sonde à demeure, si la rétention a été prolongée, si la vessie a perdu sa faculté contractile, et surtout si le cathétérisme a présenté des difficultés sérieuses. Il faudrait agir de même encore lorsque les besoins d'uriner sont trop rapprochés pour que le chirurgien soit toujours à portée d'évacuer la vessie quand la nécessité le commande. Mais, en général, il est bien préférable de ne point laisser la sonde à demeure, principalement dans les premiers temps et lorsque le malade est très-irritable et quand l'introduction de la sonde est facile. C'est là d'ailleurs un des points délicats de la pratique chirurgicale, sur lequel il est impossible de tracer d'avance des règles que l'expérience seule peut enseigner dans les mille cas divers où s'en présente l'application.

Nous avons supposé qu'on se sert en général d'une sonde élastique à courbure fixe ; mais, comme nous avons eu soin de le dire, on est quelquefois obligé de recourir à l'algalie, à la sonde d'argent ; alors, si la difficulté du cathétérisme conseille impérieusement de laisser l'instrument en place, il ne doit y rester qu'un ou deux jours, au bout desquels on y substituera une sonde flexible. Mais cette substitution n'est pas toujours aisée, ni même toujours possible ; on est quelquefois obligé de replacer la sonde métallique, et même il arrive qu'on n'y parvienne pas. Chopart cite un malade qui portait une sonde depuis six semaines, et chez lequel on échoua dans les tentatives qu'on fit pour la rem-

placer; deux jours après, la mort eut lieu par suite d'une rétention d'urine. Plus le premier cathétérisme aura offert de difficultés, plus on devra différer la substitution dont il s'agit; il faudra attendre le troisième ou le quatrième jour et introduire la nouvelle sonde immédiatement après le retrait de la première, afin que le canal, n'ayant pas eu le temps de revenir sur lui-même, conserve encore comme le moule de l'ancien instrument; c'est là un précepte dont l'importance n'est contestée par personne.

Nous supposons toujours qu'on a réussi dans le cathétérisme évacuateur, et qu'on est parvenu à débarrasser la vessie; plus tard, nous arriverons au cas où il est impossible de passer la sonde et de faire cesser la rétention d'urine par ce moyen.

Une fois que la rétention d'urine elle-même a été combattue avec succès, il s'agit de s'adresser à la cause organique, à l'affection de la prostate. C'est le moment de se livrer aux explorations diagnostiques que nous avons exposées plus haut; mais il faut attendre que l'irritation soit calmée, et, pour ne pas la reproduire par le contact des instruments explorateurs sur la surface interne de la vessie, on fait dans la cavité de ce viscère une injection d'eau tiède, afin, dit très-heureusement M. Civiale, de manœuvrer dans le vide. C'est le plus sûr moyen d'éviter une hémorrhagie dont cet examen a plus d'une fois déterminé le développement, les envies fréquentes d'uriner et cet état nerveux si nuisible dans le traitement de cette affection.

Nous avons déjà noté que le traitement dirigé spécialement contre une rétention consécutive à une fatigue ou à un excès quelconque, devenait quelquefois curatif, du moins pour un temps souvent très-long, de la lésion elle-même. Les antiphlogistiques sous la forme indiquée, quelques bains tièdes pour calmer l'irritation, l'introduction de quelques bougies molles, et, si l'on remarque de l'inertie dans la vessie, quelques injections froides, voilà les moyens simples qui, bien que n'étant que préliminaires trop souvent, suffisent cependant quelquefois à assurer le retour de la santé.

Lorsqu'il y a tuméfaction de la prostate mais sans induration considérable, et que l'irritabilité excessive de l'urètre et du col vésical, la paresse de la vessie et la difficulté croissante d'uriner, dénotent l'état alcalescent et muqueux de l'urine, on doit s'attacher surtout à le combattre par le repos, les antiphlogistiques et les bougies molles. Home a réussi souvent ainsi, et parmi les succès que M. Civiale a obtenus par cette méthode, nous citerons le suivant avec les réflexions toutes pratiques qui l'accompagnent.

Obs. 27. « M. G..., de Paris, à peu près sexagénaire, d'une forte constitution, et livré avec ardeur aux travaux de cabinet, éprouvait depuis long-temps quelques troubles dans les fonctions de la vessie; mais il n'en tint d'abord aucun compte, et ce ne fut que quand les accidents eurent acquis une certaine intensité qu'il réclama les secours de la chirurgie. Quelques moyens généraux furent mis en usage; mais, comme ils n'eurent point de résultat, on m'appela pour savoir s'il n'existait pas de pierre. D'après l'exposé qui me fut fait des sensations du malade et des troubles fonctionnels qu'on avait observés, il me parut que les accidents tenaient à une autre cause que l'affection calculeuse. L'introduction d'une sonde fortifia mes soupçons, sans toutefois me procurer une complète certitude. En effet, l'urètre était extrêmement irritable et le col vésical si refoulé en arrière qu'une sonde ordinaire pouvait à peine atteindre jusqu'à la vessie, qui avait une capacité fort grande; toutefois, son diamètre antéro-postérieur était, suivant ce qu'on voit d'ordinaire, en pareil cas, beaucoup moins grand que le transversal et le vertical. Je ne pouvais assurer qu'il n'existait point de pierre; mais un refoulement aussi considérable du col de la vessie ne permettait pas de méconnaître un engorgement énorme de la prostate. Or, l'expérience m'a prouvé que des calculs, même volumineux, peuvent être logés derrière ces tumeurs sans que la sonde ordinaire les découvre : il fallait donc ici procéder avec de grandes précautions. Une nouvelle exploration de

la vessie fut ajournée. Je m'occupai d'abord de diminuer la sensibilité de l'urètre par l'emploi des bougies : c'était le moyen de remplir deux indications importantes : la première consistait à placer le malade dans le cas de pouvoir supporter un examen plus complet de la vessie et de prévenir les accidents que ces sortes de recherches entraînent souvent quand on y a recours tout d'abord. Ensuite, l'effet ordinaire des bougies méritait ici une attention spéciale. J'ai dit et répété bien des fois que la sensibilité morbide de l'urètre cessait presque constamment par l'introduction réitérée de ces instruments, lorsqu'elle n'était pas liée à une lésion profonde et grave du col et du corps de la vessie, cas dans lesquels les bougies ne procurent qu'une amélioration passagère, si même on en obtient une. Or il était d'une haute importance de connaître la nature et le degré de la lésion prostatique. S'agissait-il d'une simple tumeur sans désorganisation, ou d'une de ces dégénérescences graves qui, après être restées long-temps stationnaire et sans irradiation notable, prennent tout à coup une marche effrayante par leur rapidité et leurs suites? La question était douteuse, d'autant plus que la santé avait décliné d'une manière rapide dans les derniers temps, et que l'urine, d'odeur fétide, était souvent teinte de sang ou contenait des dépôts fort considérables. Cependant le résultat prouva que ce cas était de la première espèce, car l'urètre s'accoutuma à la présence des bougies ; le malade supporta mieux l'introduction de la sonde, et il éprouva une amélioration progressive dans l'excrétion de l'urine. Au lieu d'être, comme auparavant, obligé de se lever tous les quarts d'heure pour rendre avec effort et douleur quelques gouttes d'urine bourbeuse, il put dormir deux ou trois heures sans éprouver le besoin d'uriner, et satisfaire à ce besoin sans douleur, avec moins d'efforts. L'urine reprit ses qualités normales, tous les symptômes généraux disparurent, et les fonctions digestives se rétablirent. Il survint un engorgement du testicule qui interrompit le traitement pendant un mois. Cet accident causa beaucoup d'inquiétude au malade ; je cherchai à le rassurer quant aux suites, mais je ne pus lui dissimuler que l'affection du col de la vessie prédisposait fortement les testicules à s'engorger, surtout lorsque ces organes venaient à être froissés, comprimés, contus. En effet, l'engorgement se reproduisit dans l'espace de quatre mois ; mais chaque fois il se termina par résolution et céda à quelques jours de repos. De temps en temps on voyait reparaître un dépôt muqueux dans l'urine. J'eus recours aux injections d'eau froide dans la vessie, moyen dont une longue expérience m'a prouvé l'utilité toutes les fois qu'il s'agit de combattre l'atonie du viscère et de changer le mode de vitalité de sa surface interne. Les sondes courbées, sans mandrin, d'une longueur ordinaire, ne pénétraient guère que jusqu'au milieu de la portion prostatique, le liquide, poussé avec un peu de force, parvenait aisément dans la vessie, mais ne revenait point par la sonde quand la seringue était ôtée. Cette particularité n'est pas rare, et, en la signalant dans une autre occasion, j'ai dit par quel mécanisme elle se produisait. Les injections ne firent aucun bien. Depuis qu'on avait cessé l'usage des bougies, l'urètre était redevenu fort irritable ; le passage de la sonde dans le canal était accompagné et surtout suivi d'un malaise général ; plusieurs fois même les accidents antérieurs au traitement reparurent. Je renonçai donc à cet usage, et j'eus recours à des frictions révulsives. L'état du malade finit par s'améliorer d'une manière sensible ; ce ne fut plus que de loin en loin qu'il éprouva de la fréquence dans les besoins d'uriner, et que son urine se montra chargée d'une petite quantité de mucosités. Plusieurs eaux minérales furent ensuites essayées, et n'eurent pas d'effet marqué. Long-temps après, j'ai revu M. G..., dont l'état assez satisfaisant s'est soutenu, car il continue à vaquer à ses occupations, et il n'a pas eu de rechute depuis cinq ans ; seulement un excès de fatigue et les longues courses en voiture ramènent passagèrement la fréquence des besoins d'uriner ; alors aussi on remarque des mucosités dans l'urine ; mais le repos, les bains, les lavements,

des boissons abondantes, des purgatifs légers et à petites doses, suffisent pour ramener le calme. »

M. Civiale ajoute :

« Ce n'est pas sans motifs que j'ai choisi ce fait parmi le grand nombre de cas qui se sont offerts à moi, et dans lesquels j'ai obtenu des résultats satisfaisants du traitement qui a été employé en cette circonstance. Ici effectivement la tuméfaction prostatique était considérable, et les désordres qui en étaient résultés dans l'excrétion de l'urine avaient facilement réagi sur la santé, outre les accidents locaux qui existaient même à un haut degré. Avant de m'appeler, on avait épuisé tous les moyens du ressort de la médecine sans obtenir le moindre soulagement. Ceux auxquels j'eus recours n'avaient d'autre but que de modifier la sensibilité de l'urètre et du col vésical, sans exercer la moindre action sur la lésion organique de la prostate, et cependant les phénomènes morbides ont sinon disparu, du moins diminué au point que le malade a recouvré une existence très-supportable. On aura remarqué que ce fut seulement au bout de quelques mois qu'il vit son existence assurée, pendant les premières semaines la santé chancelait, et il survint même des accidents. Ce qui eut lieu ici se voit presque toujours, notamment lorsque la maladie a fait de grands progrès au moment où le praticien est appelé. Je ne saurais trop répéter même qu'alors il faut procéder d'abord avec une circonspection extrême, car on a tout à craindre des effets de la maladie et des premières réactions qu'entraînent les moyens curatifs. Ainsi rien n'a été tenté contre la lésion organique de la prostate, rien non plus n'autorise à penser que la tuméfaction de cette glande ait diminué, et pourtant les fonctions de la vessie n'ont point été sensiblement troublées pendant les six années qui se sont écoulées depuis mon premier traitement.

» Ce résultat, dont on ne se rend pas compte aisément, n'est pas nouveau pour moi : je l'ai observé un très-grand nombre de fois avec des nuances variées. Tantôt l'amélioration est progressive et soutenue sans interruption, et si prononcée qu'on serait tenté de mettre en doute l'existence d'une lésion organique; tantôt, au contraire, les effets sont lents et d'abord douteux; on semble perdre en un jour de réaction ce qu'on avait obtenu avec peine durant l'espace d'une semaine entière. Parfois alors le chirurgien et le malade sont sur le point de se décourager : cependant la persévérance finit par amener le résultat désiré. Dans des cas plus graves, les bons effets du traitement ne se soutiennent pas, et l'on voit, au bout de quelques mois, les accidents primitifs reparaître avec plus ou moins d'intensité, de manière à obliger de recommencer le traitement et de varier les moyens, sans même qu'on puisse atteindre complétement le but. Dans d'autres circonstances encore on réussit, même promptement, mais quelque temps après le mal revient, et il faut repasser par les mêmes épreuves, de telle sorte qu'il y a des sujets qui emploient ainsi une partie de leur vie à se faire traiter. Ces derniers cas, réunis à d'autres en grand nombre, dans lesquels des remèdes énergiques avaient souvent été employés en vain par mes confrères, m'ont prouvé qu'il fallait quelquefois se contenter d'un résultat imparfait, plutôt que de tourmenter de malheureux malades par des médications empiriques. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, IIe partie, p. 370.)

L'inertie de la vessie se guérit quelquefois presque entièrement par les sondes à demeure d'abord, et ensuite par le cathétérisme, souvent répété, et exécuté par le malade lui-même. M. Civiale, qui croit à la fréquence de cette paresse de la vessie, a réussi à la dissiper de cette manière.

Obs. 28. « J'ai été appelé dans les environs de Mortagne, il y a quelques années, pour y visiter un homme âgé de 65 ans, d'une constitution primitivement robuste, mais affaiblie par un long état de souffrance du côté des voies urinaires. La nature de la maladie n'avait pas été rigoureusement déterminée. Je reconnus une tuméfaction du corps de la prostate, mais trop peu prononcée pour qu'on pût lui attribuer exclusivement les difficultés

d'uriner dont le sujet se plaignait. Les premières colonnes du liquide étaient seules lancées à travers la sonde ; le reste coulait en bavant, ce qui démontrait que la vessie ne se contractait pas. Quelques indices de catarrhe vésical et l'amaigrissement progressif ne permettaient pas de douter que la maladie fût déjà ancienne ; toutefois, on ne put me dire à quelle époque s'étaient manifestés les besoins plus fréquents d'uriner et les difficultés pour les satisfaire. Il n'y avait point ici de réaction à craindre. La vessie était dans un état d'atonie et de mollesse considérable ; son col et l'urètre étaient peu irritables. Je n'hésitai pas à conseiller l'usage des sondes à demeure, qui ne produisirent qu'une légère sensation de malaise les premiers jours. Au bout d'une huitaine, on observa une amélioration notable de la santé ; l'urine s'était éclaircie, le malade avait recouvré le sommeil, et l'appétit revenait. A dater de ce moment, le mieux fut progressif. Impatient de se débarrasser de la sonde, le sujet vint à Paris, où il apprit bientôt à se servir de cet instrument, sans être obligé de le garder à demeure. Dès que le besoin d'uriner se faisait sentir, il essayait de le satisfaire naturellement, finissait de vider sa vessie au moyen d'une manœuvre qui lui devint de plus en plus facile. Sous l'influence de ces précautions, aidées de lavements froids et de douches froides sur le périnée, le pubis, l'hypogastre, il recouvra la faculté d'uriner en partie sans la sonde, à laquelle il n'eut plus recours que pour ne pas s'écarter du conseil qui lui avait été donné par moi. Son état général s'est fortifié ; il souffre à peine aujourd'hui, et à de longs intervalles seulement. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, t. II, p. 573.)

Voici un cas où la sonde à demeure, changée d'abord tous les huit jours, puis introduite par le malade lui-même, amena d'abord une guérison soutenue, mais qui cessa par les tâtonnements que la main tremblante du malade était forcée de faire pour arriver à la vessie, dont à la fin le col se trouva irrité.

Obs. 29. « Un septuagénaire éprouvait depuis long-temps des difficultés d'uriner ; il était obligé de se présenter souvent et de faire des efforts assez considérables pour déterminer la sortie d'une certaine quantité d'urine ; cependant, comme il finissait toujours par se soulager, l'avenir ne l'inquiétait guère. A la fin survint une rétention d'urine, pour laquelle je fus appelé. Après avoir vidé la vessie, je m'assurai que ce viscère avait perdu la plus grande partie de sa puissance expulsive : il y avait d'ailleurs une tuméfaction de la prostate, appréciable à l'aide de la sonde et du doigt porté dans le rectum. Le cas était un de ceux dans lesquels on peut placer une sonde à demeure sans craindre une réaction prompte des parois vésicales. Je plaçai donc l'instrument, dont le malade fut à peine incommodé. La fièvre et l'agitation auxquelles la rétention avait donné lieu, diminuèrent par degrés, l'appétit revint, ainsi que le sommeil, et l'on se borna à changer la sonde tous les huit jours. Pendant ce traitement, il se manifesta vers le poumon un peu d'irritation, qui fut combattue par les moyens ordinaires. Dès que ces derniers accidents furent calmés, on commença l'usage des injections froides dans la vessie. Dans les premiers jours on ne fit qu'une injection chaque fois, et avec de l'eau légèrement tiède : au bout de deux jours on se servit d'eau à la température ordinaire, et l'on injecta deux seringuées coup sur coup. Sous l'influence de ces moyens les besoins d'uriner devinrent plus fréquents, et bientôt l'urine se mit à couler entre la sonde et le canal. Pendant les premiers jours du traitement, elle était fortement colorée, fétide et souvent chargée de mucosités ; celle que le premier cathétérisme avait amenée au dehors était même teinte de sang. Les sondes et les injections firent disparaître ces caractères morbides, et la santé se rétablit. J'enseignai au malade à se sonder et à se faire des injections, ce qu'il exécuta d'abord tous les jours, et plus tard tous les trois ou quatre jours. Lorsqu'il négligeait ce soin, il en était averti par le temps beaucoup plus considérable qu'il mettait à vider sa vessie et par le retour d'un malaise général.

» Je l'ai revu neuf ans après. Il avait fini par renoncer à la sonde et aux injections, parce que sa main tremblait et qu'il éprouvait de trop grandes difficultés. Je trouvai le col vésical fort irritable, la prostate un peu volumineuse, et la vessie contenant une pinte d'urine louche, fétide et chargée de mucosités. L'extrême agacement du col me parut résulter surtout des tâtonnements du malade pour introduire la sonde. J'en plaçai une à demeure. Mais, cette fois, les accidents persistèrent beaucoup plus long-temps ; il fallut plus de trois mois pour rétablir sa santé. Ce qui trompe en pareil cas, ce sont les efforts auxquels le malade se livre pour uriner, et qui le tiennent dans un état permanent de surexcitation ; dès que ces efforts cessent d'être nécessaires, il tombe dans une prostration souvent opiniâtre, et la vessie ne parvient à fonctionner de nouveau qu'avec beaucoup de difficulté. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires,* II[e] part., p. 375.)

Le retour des accidents peut certainement avoir l'origine que lui assigne M. Civiale, c'est-à-dire l'agacement du col de la vessie par des manœuvres mal dirigées; mais, dans beaucoup de cas, cette exaltation de la contractilité du col ne vient-elle pas s'ajouter sans cette cause à l'hypertrophie prostatique ? Au reste, quoiqu'il y ait doute à cet égard, M. Civiale ne s'exprime lui-même que d'une manière hypothétique ; nous inclinons pour l'opinion de ce chirurgien.

Enfin, lorsque les moyens précédents échouent, pour amener un mieux durable on en a imaginé d'autres qui s'adressent directement et d'une manière plus décisive à la tuméfaction de la prostate.

Ainsi on a porté les irrigations sur la glande elle-même par une sonde à double courant : le courant affluent correspond à la convexité de l'instrument percée d'un trou au niveau de la prostate ; le liquide, après avoir baigné cet organe, arrive dans la vessie, d'où il ressort par le canal efférent placé du côté de la concavité de la sonde. Cet irrigateur prostatique est de M. Leroy-d'Étiolles, qui en a obtenu de bons résultats.

A-t-on constaté l'existence d'une valvule? Nous en avons exposé le traitement dans un autre article (*Bibliothèque du Médecin-praticien*, t. IV, p. 13, VALVULES DU COL DE LA VESSIE). Nous ajouterons seulement ici que l'instrument dont se sert M. Leroy-d'Étiolles consiste dans une sonde à petite courbure, portant une encoche à sa convexité. Cette encoche étant à cheval sur la valvule, en appuyant sur le mandrin on fait avancer une lame qui divise la bride. Une gaîne cache, agrandit ou diminue la fenêtre.

Si l'on a affaire à une tumeur prostatique non pédiculée, de quelque côté qu'elle soit située, M. Leroy-d'Étiolles conseille de l'affaisser avec son *dépresseur*, espèce de tige métallique en chapelet à sa partie profonde et disposée de manière à se courber par une vis de rappel, du côté qu'on désire. Un petit mandrin, traversant les anneaux creux, se termine au dernier, qui forme le bec de l'instrument; et en faisant, à l'aide d'un écrou, revenir à soi ce mandrin, l'instrument se courbe mais du côté seulement où ses pièces sont échancrées. On comprend qu'on donne à l'instrument le degré de courbure qu'on veut pour l'introduire comme pour lui faire exercer une dépression. Soit une tumeur placée sur un point quelconque de la circonférence du col vésical ; on donne au dépresseur la courbure la plus favorable pour l'introduire, puis, par le mécanisme indiqué, on le fait agir sur la tumeur, qu'il déprime : si c'est une tumeur du moyen lobe ou une valvule, on fait marcher l'écrou de manière à redresser l'instrument, et la tumeur est comprimée ; si elle ne l'est pas à un degré suffisant, on retourne le dépresseur, et l'on peut faire porter sa concavité sur la tumeur de plus en plus refoulée par la courbure croissante de l'instrument. Il est bien entendu que ce dépresseur métallique est enfermé comme un mandrin dans une sonde de gomme élastique. N'est-il pas évident que si une simple sonde suffit pour affaisser la tuméfaction du lobe moyen, par exemple, le dépresseur aura bien plus de chance de succès encore, puisqu'il exerce une action plus énergique, et cette action étant graduée ne peut laisser craindre aucun accident. Ce moyen nous

semble donc devoir être aussi efficace qu'il est ingénieux, et mériter conséquemment d'être mis à l'épreuve.

Le même chirurgien a inventé un compresseur qui ne s'applique qu'au moyen lobe. Ce compresseur se compose d'une sonde métallique ordinaire et d'une grosse canule qu'on introduit dans le rectum. Cette canule est munie à l'extrémité qui reste au dehors, d'une petite tige métallique sur laquelle glisse et peut se fixer, à l'aide d'une vis de pression, une gouttière d'acier destinée à recevoir et à serrer la sonde. La sonde est engagée dans la vessie, la canule dans le rectum, on adapte la sonde à la gouttière et en rapprochant cette gouttière de l'anus, on en rapproche également la sonde. En sorte que la prostate, à sa partie moyenne, se trouve comprimée entre la sonde et la canule. Il faudrait à cet instrument une grande efficacité pour faire passer par-dessus ce qu'il a de compliqué et surtout de gênant pour le malade.

Pour la tuméfaction uniforme du lobe moyen, on a aussi eu recours à la cautérisation qui se pratique avec un instrument analogue à celui dont se sert M. Leroy pour inciser les valvules; seulement, au lieu d'une lame, le mandrin porte une cuvette pleine de nitrate d'argent.

Home a réussi avec des bougies armées de caustique.

Obs. 30. « Un gentleman, âgé de trente-neuf ans, eut des rétrécissements du canal de l'urètre, à la suite de l'usage d'injections astringentes administrées dans le degré inflammatoire d'une violente gonorrhée. Les progrès du mal ne purent être arrêtés malgré l'emploi de plusieurs remèdes internes; l'électricité fut sans succès, et les bougies ordinaires n'apportèrent même pas le soulagement accoutumé. Il y avait une grande difficulté d'uriner, et dans la suite survinrent des suppressions d'urine. On parvint cependant à la faire couler à l'aide d'une petite bougie. Dans cet état, en 1797, ayant gardé cette affection dix-sept ans, il se confia à mes soins pour guérir de son rétrécissement. J'introduisis plusieurs fois une bougie armée d'un caustique, dans la longueur de six pouces de l'orifice externe de l'urètre, et j'en obtins la cessation du spasme, cause des suppressions qui avaient lieu, et quoiqu'il fût contraint d'aller à la campagne avant son entière guérison, il n'éprouva plus de symptômes urgents; ce ne fut qu'en 1805 qu'il eut une rétention d'urine qui l'obligea à venir me consulter de nouveau. Outre la difficulté constante d'expulser l'urine en certaine quantité, et les suppressions occasionnelles qui avaient lieu, l'urine coulait goutte à goutte, involontairement, et ses intestins avaient si peu de régularité qu'il était rare qu'il allât à la selle sans purgatif. Il se plaignait souvent de malaise; les paroxysmes de fièvre étaient fréquents. J'eus recours de nouveau au caustique; l'application faite à différentes fois occasionna des suppressions d'urine temporaires, et des accès de fièvre. Le 2 novembre, une bougie armée fut appliquée vers onze heures avant midi; à deux heures, il y eut difficulté de verser de l'eau. Ce symptôme augmenta, et à onze heures du matin, le 3 novembre, il ne put rendre une goutte d'urine. Cet état dura jusqu'à huit heures du soir; il ressentit alors une violente douleur dans le ventre, pour laquelle on administra un lavement opiacé. Deux heures après, il coula quelque peu d'urine; durant la nuit, il en rendit à différentes reprises, mais la douleur abdominale augmenta. Dans la matinée du 4, à huit heures, on voulut donner un lavement laxatif, mais la canule ne put être introduite. A dix heures, recevant ma visite, il dit qu'il avait rendu quelques urines sans beaucoup souffrir, mais aussi qu'il ressentait des douleurs intestinales insupportables, et qu'il n'avait aucune envie d'uriner. Sur la partie douloureuse du ventre, il était facile de distinguer que la vessie avait acquis un tel développement, qu'elle remplissait l'abdomen dans presque l'étendue de la cuisse au nombril, et que par sa distension, pressant le rectum, elle empêchait l'écoulement des matières stercorales, et donnait aussi lieu à ces violentes douleurs d'entrailles. Aussitôt que cet état fut constaté, on traversa le rétrécissement avec une petite bougie qui y fut

tenue pendant dix minutes, et retirée ensuite. Immédiatement il s'écoula environ une petite cuiller d'urine, mais ayant comprimé le ventre, il en sortit deux onces.

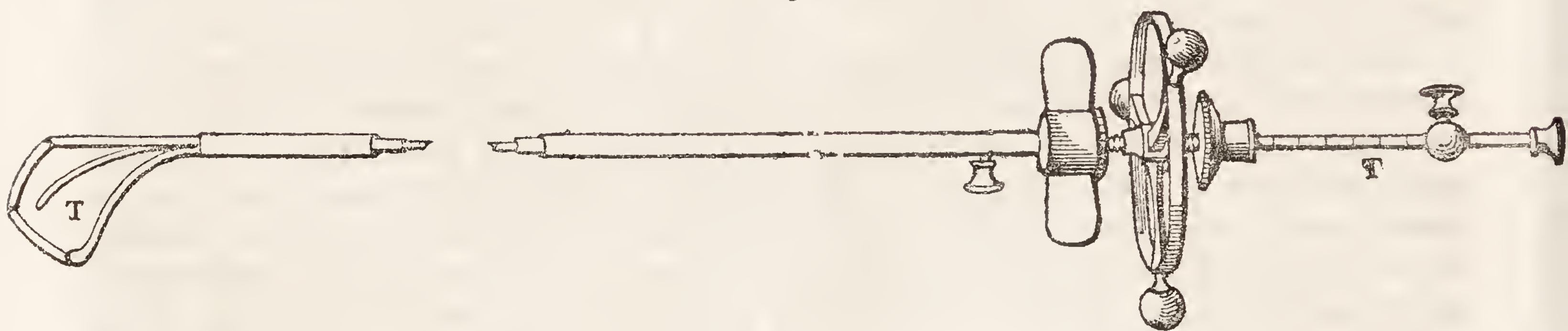
» On répéta une semblable manœuvre, l'urine ne pouvait être expulsée que par la compression exercée sur le ventre; la vessie n'avait aucune action. Ainsi la vessie, en moins d'une heure, fut complétement vidée; elle contenait trois pintes de liquide. Le jour suivant, la vessie put se débarrasser elle-même, avec l'action coïncidente des muscles abdominaux, et continua à jouir de la même faculté; l'étrécissement n'était plus un obstacle, l'ouverture s'était beaucoup élargie. Ce gentleman fut guéri de son rétrécissement au bout d'un mois; et sa vessie remplissait ses fonctions aussi parfaitement que si elle n'eût jamais été malade. » (Everard Home, *Traité des maladies de la prostate*, trad. franç., p. 71.)

Les scarifications n'ont pas été oubliées non plus pour obtenir le dégorgement de la prostate. Le coupe-bride de M. Leroy-d'Étiolles peut servir à cet usage. Nous n'insisterons pas sur cette pratique, qui ne compte pas aujourd'hui beaucoup de partisans.

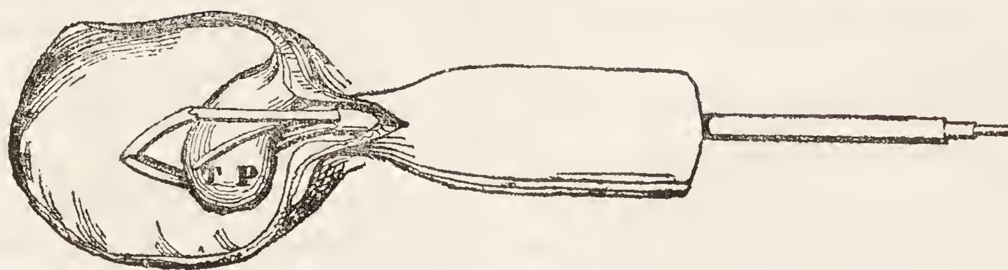
Enfin, lorsque la tumeur est pédiculée, ce qui est très-rare, extrêmement rare, puisque sur plus de cent pièces que possède M. Mercier, il ne se trouve pas une seule tumeur avec cette disposition, lorsque la tumeur est pédiculée on peut l'attaquer par l'écrasement et par la ligature.

M. Leroy-d'Étiolles opère l'écrasement avec le brise-pierre articulé de Jacobson (*fig*. 6, 7, 8), modifié de manière à pouvoir dégager les tumeurs avec une tige intérieure, qu'on fait saillir entre les deux branches.

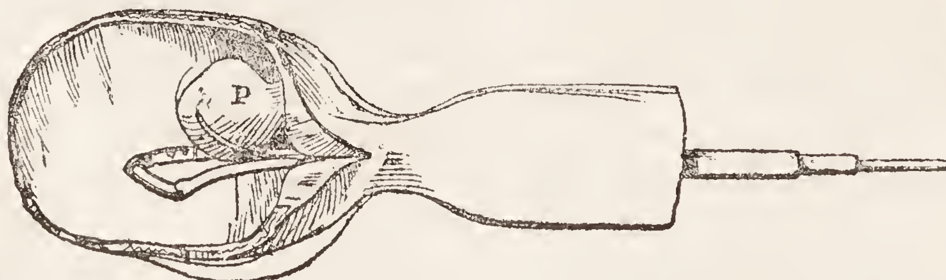
(*fig*. 6.)



(*fig*. 7.)



(*fig*. 8.)



Voici les procédés de ligature :

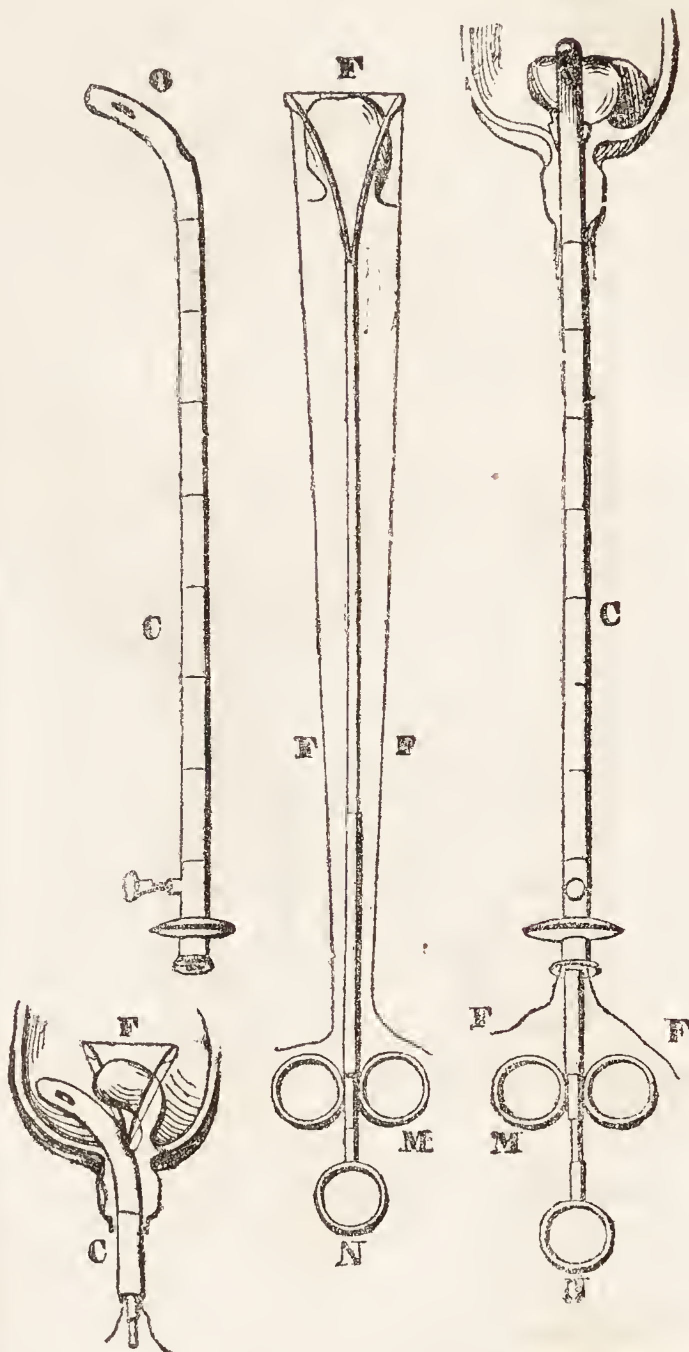
L'un se compose 1° d'une canule courbe ouverte à ses deux extrémités; 2° d'une petite fourche métallique dont les deux branches élastiques contenues dans la canule y sont dans un rapprochement forcé. Si on presse le manche de cette fourche, ses branches sortent à l'extrémité vésicale de la canule et elles s'écartent. Or l'extrémité de chaque branche porte un petit chas où est pressée l'anse du fil à ligature, dont les deux bouts pendent au dehors par le pavillon. On conçoit comment les deux branches de la fourche en s'écartant dans la vessie y ont développé

l'anse, et comment on peut la jeter autour d'une tumeur. Dès que la sensation éprouvée par la main avertit que la tumeur est saisie, il n'y aurait plus pour l'étrangler qu'à faire rentrer la fourche dans sa gaîne et à tirer sur les deux bouts du fil. Mais comme il y aurait de l'inconvénient à laisser ainsi à demeure un instrument inflexible dans l'urètre, un petit mécanisme fort simple lève cette difficulté. La partie supérieure des chas est formée par une tige bifurquée, également logée dans la canule ; en retirant le manche de cette seconde fourche glissant dans un demi-cylindre pratiqué dans l'épaisseur de la première, l'anse s'échappe. On retire alors la canule et la double fourche, tandis qu'un serre-nœud en caoutchouc, qui enveloppait la canule, est pressé contre la tumeur. Cet instrument est plus aisé à comprendre à première vue qu'à décrire ; il suffit d'un coup d'œil pour en saisir la manœuvre.

Cet instrument peut avoir la courbure fixe d'une sonde, ou bien être modifié comme l'indique la planche suivante :

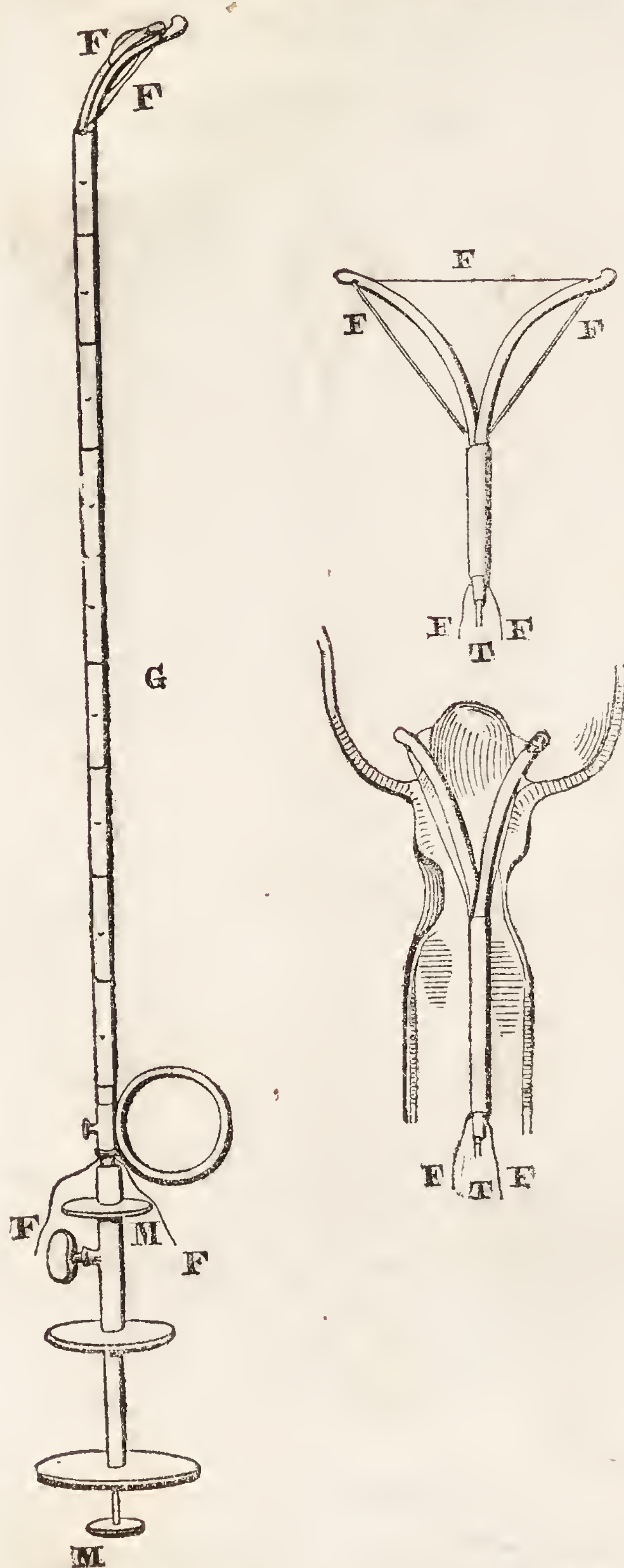
La figure 9 représente une sonde qui outre l'œil qu'elle porte près de son bec, en a un autre très-grand placé du côté de la convexité à l'origine de la courbure, et dans l'axe de la partie droite de l'instrument. Dans cette sonde est engagée la double fourche munie de fil à ligature (*fig.* 10). Une fois que le grand œil de la sonde est arrivé dans la vessie, on fait saillir la fourche par cet œil. Ses deux branches en sortent en s'écartant, et tendent l'anse. Alors la sonde ramène le bec contre la partie supérieure du col vésical, et on manœuvre pour jeter l'anse de fil autour du pédicule de la tumeur. Quand elle est saisie par la ligature (*fig.* 11) la sonde sert en même temps de sonde évacuatrice. On peut encore substituer à cette sonde un serre-nœud élastique que l'on dirige sur les fils de l'anse qui lui servent de guide pour arriver dans la vessie (*fig.* 12).

(*fig.* 9, 10, 11, 12.)



M. Leroy-d'Étiolles s'est encore servi d'un autre porte-ligature, qui n'est qu'une modification de la sonde-compas.

La figure 13 représente l'instrument fermé, tel qu'il doit être pour être introduit dans la vessie. La figure 14 montre l'instrument ouvert et développant l'anse. (*fig.* 13, 14, 15.)



Pour l'amener à cette position, il suffit d'enfoncer le porte-fil dans le serre-nœud G et de faire exécuter à la tige de l'une de ses branches une demi-rotation. Enfin, dans la figure 15, on le voit au moment ou la tumeur est saisie (Leroy-d'Étiolles, *Exposé de ses titres*, p. 23).

Il faut que l'extrémité du porte-fil soit assez souple pour ne pas offenser le col de la vessie en le retirant. L'aspect seul de la figure suffit pour faire sentir la nécessité de cette disposition, surtout quand la tumeur est implantée très-près de l'orifice de l'urètre.

Les moyens employés par M. Civiale ont été exposés à l'article *Fongus de la vessie* (voy. *Bibliothèque du médecin-praticien*, t. III.)

Voici un passage de M. Vidal de Cassis, qui semble jeter beaucoup de jour sur cette question encore bien obscure.

« Tous les moyens proposés pour détruire les tumeurs, les barrières, les abaisser, les inciser, les perforer, tous ces moyens sont appliqués un peu trop à l'aveugle ; il faut que les instruments parcourent tout l'urètre pour arriver là où ils doivent agir ; la main qui les dirige est au moins à six pouces du théâtre de l'action ; l'instrument étant presque toujours une tige ou canule courbe, les manœuvres doivent donc être peu sûres, peu régulières. Je voudrais donc qu'on abrégeât le chemin que doivent parcourir les instruments pour arriver là où ils doivent agir. Pour cela il n'y aurait qu'à pratiquer une boutonnière telle que je l'ai décrite, en parlant des rétentions complètes d'urine par rétrécissement de l'urètre. On ouvrirait donc la portion membraneuse de ce canal, et en plaçant alors l'urètre de l'homme dans les conditions de l'urètre de la femme, il serait plus facile d'explorer le col vésical ; on donnerait ainsi beaucoup plus de certitude au diagnostic et une exactitude, une précision aux procédés opératoires qu'on ne pourra jamais se promettre quand on fera parcourir aux instruments toute la longueur de l'urètre.

» Alors les instruments destinés à la compression, l'incision, la scarification, la cautérisation, l'écrasement, la ligature seront beaucoup plus faciles à appliquer, et on choisira les trois premiers de ces moyens quand il y aura valvule, barrière : les autres seront surtout applicables pour les cas de tumeurs pédiculées.

» Une fois la boutonnière faite, l'incision des valvules, des barrières, pourra très-bien être pratiquée avec un bistouri conduit par une grosse sonde cannelée et à rainure profonde ; les divers lithotomes seront aussi applicables, surtout les lithotomes à lames multiples, le

double tranchant sera dirigé, non transversalement, mais obliquement en bas et en dehors, selon la modification Charrière au lithotome double de Dupuytren. On voit ici une nouvelle application du *débridement multiple*, application déjà faite par des praticiens d'un vrai mérite chirurgical, lesquels ajoutent difficilement à ce mérite celui de rattacher une pratique à son principe, et encore moins d'y rattacher le nom de celui qui a posé ce principe.

» Rien de plus facile que la cautérisation ; on n'aura qu'à armer une sonde de femme comme la sonde porte-caustique de M. Lallemand. La cautérisation ne devrait être faite qu'après l'incision pour arrêter le sang, pour empêcher une réunion trop immédiate des plaies. La perforation du lobe inférieur de la prostate ou de la base des barrières pourrait être exécutée avec un trocart. Enfin, ce qu'on a appelé le génie chirurgical trouvera assez d'instruments pour lier, pour broyer les tumeurs pédiculées. Ce n'est pas ce qui me préoccupe, je suis surtout préoccupé des avantages de la boutonnière. On lui fera les objections qui ont déjà été faites et que je crois déjà avoir réfutées quand il a été question des maladies de l'urètre ; j'ai noté surtout que cette boutonnière avait été proposée comme moyen dérivatif dans la taille sous-pubienne, et que, dans ces derniers temps, elle avait été d'un très-grand secours pour l'urétroplastie. Ce n'est donc pas une opération très-grave, puisqu'elle est employée comme moyen accessoire dans d'autres opérations sans compromettre ces opérations qu'elle a, au contraire, fait réussir.

» Toutes les fois qu'il en a été question dans ce chapitre, ou dans le précédent, j'ai fait ressortir le peu de danger des plaies de la prostate, quand elles ne dépassent pas les bornes de sa base : on se rappellera surtout que M. Mercier cite des faits qui pourraient m'autoriser à admettre que les incisions de la prostate sont plus favorables à l'atrophie qu'à l'hypertrophie de la prostate ; ces faits se rapportent à des autopsies faites après des tailles prostatiques. A l'article *Fistules de l'urètre,* j'ai noté, avec grand soin, une observation de Ledran, qui incisa le col de la vessie, la prostate, plaça une canule dans la plaie et guérit ainsi une fistule des plus opiniâtres. Pour une fistule qui n'est au fond qu'une infirmité, on pratique une opération que je puis donc proposer pour une des plus graves maladies. On a souvent entendu parler de tailles faites pour des cas où une erreur de diagnostic avait fait croire à un calcul qui n'existait pas : eh bien ! ces tailles ont ordinairement fait disparaître les douleurs et les symptômes de rétention d'urine, et cela, parce qu'elles ont agi dans des cas de maladies de la prostate ou du col de la vessie ; en le débridant, l'urine a coulé plus facilement, et les douleurs, dues aux efforts de contraction de la vessie, ont disparu.

» Je livre, aux réflexions des chirurgiens, ces faits, pour qu'ils aient à juger la proposition formelle que je fais ici de *ne procéder aux opérations qu'on pratique sur la prostate qu'après l'établissement d'une boutonnière qui, ouvrant la portion membraneuse de l'urètre, facilitera le jeu des instruments et rendra leur action plus sûre, plus méthodique.* Suit le procédé dont se sert M. Civiale pour inciser les valvules, les barrières dont il a été si souvent question. » (Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, t. v, p. 447.)

On trouvera peut-être M. Vidal de Cassis un peu sévère pour les nouveaux procédés qui s'étaient produits avec quelque faveur ; d'un autre côté, ses paroles serviront à mettre en garde contre la confiance excessive que ces inventions modernes pourraient inspirer.

Jusqu'ici il n'a été question que des cas où, après des tentatives plus ou moins laborieuses, on parvient à faire pénétrer la sonde dans la vessie et à effectuer par cette voie l'évacuation de l'urine. Lorsqu'on échoue dans ce premier temps du traitement, la conduite du chirurgien devient souvent embarrassante ; faut-il forcer l'obstacle avec la sonde et faire la ponction de la vessie par la prostate, ou pratiquer cette opération par l'hypogastre ? A cet égard, les auteurs, comme les faits, sont partagés. Les uns avec Dupuytren et M. Cru-

veilhier préfèrent forcer l'obstacle avec la sonde et arriver dans la vessie par une fausse route. Ainsi que nous l'avons dit, des faits semblent encourager ce mode de traitement, et ces faits sont de deux ordres : tantôt la fausse route se ferme, mais elle dégorge la prostate, et plus tard l'urine reprend son cours naturel par l'urètre ; tantôt le trajet de la sonde à travers la glande est resté perméable, s'est organisé en se recouvrant d'une muqueuse adventive et a pu se prêter aux introductions répétées de l'instrument évacuateur, quelquefois même il semble s'être prêté à l'excrétion régulière des urines ; M. Cruveilhier cite de cette disposition un exemple remarquable.

Le malade dont parle M. Cruveilhier, éprouvait depuis long-temps un sentiment de pesanteur au rectum, des besoins fréquents d'uriner, et de la difficulté pour les satisfaire ; survint enfin une rétention d'urine, pour laquelle l'auteur fut appelé. La sonde parvint aisément jusqu'au col de la vessie, mais ce ne fut qu'après quelques tâtonnements qu'on réussit à lui faire tourner l'obstacle. Les jours suivants la difficulté d'uriner augmenta encore, et le quatrième, il devint nécessaire de forcer la barrière. Une sonde d'argent fut laissée en place pendant vingt-quatre heures ; le lendemain on la remplaça par une autre en gomme élastique. L'introduction forcée de l'instrument métallique donna lieu à un écoulement de sang, lent, mais considérable, dont une partie se prit en caillots dans la vessie, et obstrua la sonde qu'il fallut déboucher par des injections répétées.

Dupuytren, qui avait été appelé en consultation, explora la vessie avec soin, et ne trouva pas de pierre. On se contenta de laisser la sonde à demeure ; quoiqu'elle donnât lieu à un grand écoulement de sang, chaque fois qu'on essayait de la retirer, il y avait rétention d'urine. Au bout d'un mois et demi, le malade put uriner sans elle. Il se porta très-bien pendant six mois, et reprit de l'embonpoint, avec les forces. Ce laps de temps écoulé, il éprouva de fréquents et impérieux besoins d'uriner, avec douleurs à l'extrémité de la verge, et urine catarrhale. Cet état de choses dura un an, en s'aggravant toujours. Il survint une fièvre pernicieuse, qui fut traitée avec succès par les moyens ordinaires. Le malade vécut encore trois mois, puis il succomba au milieu des douleurs et des angoisses qu'entraînent les maladies les plus graves des voies urinaires. La vessie contenait une pierre volumineuse pesant deux onces deux gros, et ayant un caillot de sang pour noyau. Sa membrane muqueuse était d'un brun ardoisé, et ses parois avaient une épaisseur considérable. La prostate était fortement tuméfiée, le moyen lobe faisait une saillie considérable dans la vessie. Au-dessus de cette tumeur, on apercevait l'orifice interne de l'urètre ; au-dessous d'elle se trouvait une autre ouverture, qui était la fausse route faite par la sonde, et communiquant dans l'urètre. Cette ouverture, lisse, arrondie et recouverte d'une membrane muqueuse, servait probablement à l'écoulement de l'urine, puisque le malade ne pouvait point uriner avant la production de la fausse route, ce qu'il faisait après. » (Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain. — Maladies de la prostate.*)

M. Civiale, qui rapporte ce fait, doute que la formation du calcul remonte à vingt et un mois seulement, d'autant plus que de très-grosses pierres échappent souvent à l'instrument dans des cas analogues. Malgré la déférence que mérite ici l'opinion de M. Civiale, nous partageons celle de Dupuytren, parce que rien n'indique qu'il y ait eu hématurie auparavant, et que le noyau du calcul était un caillot sanguin.

Nous le répétons, ni les faits ni les autorités ne manquent non plus à l'autre opinion, à celle qui veut la ponction par l'hypogastre. Sœmmering pense qu'en traversant violemment le tissu de la prostate on s'expose à en déterminer l'inflammation, ce dont il cite des exemples funestes.

Home cite un cas où la ponction fut pratiquée avec succès par le rectum, la fistule guérit et l'urine reprit son cours par l'urètre.

M. Civiale s'exprime en ces termes :

« La ponction de la vessie est rarement indiquée dans ces cas. Il ne s'agit point, comme le dit Sœmmering, d'un état qui durera peu, car les inflammations aiguës de la prostate sont rares. L'état spasmodique qui peut compliquer la phlegmasie chronique n'est jamais assez avancé pour empêcher une sonde habilement conduite d'arriver dans la vessie sans occasionner des désordres ; seulement il faut agir avec prudence et en temps opportun. C'est un grand tort que de vouloir arriver d'emblée et au moment déterminé, comme on ne le voit que trop souvent. Le praticien doit savoir temporiser, cesser les tentatives pour les reprendre au bout de quelques instants, et avoir recours en même temps au traitement général que j'ai indiqué. En agissant de la sorte, je suis toujours parvenu à pénétrer dans la vessie. L'expérience apprend aussi que, la sonde étant ainsi arrivée sans violence, sans érosion ni déchirure des tissus qu'elle a traversés, elle augmente rarement les accidents par sa présence. » (Civiale, *lieu cité*, 2e partie, p. 402.)

Deux circonstances qui plaident en faveur de la ponction hypogastrique, ce sont la difficulté d'enfiler la même fausse route en changeant la sonde, et le spasme que cette espèce de séton à travers la prostate peut propager dans la vessie et dans l'urètre. Voici un exemple de ce double inconvénient.

Obs. 31. « A. B..., âgé de soixante-six ans, se sentit, le 19 septembre 1787, dans l'impuissance de rendre ses urines. Pendant tout le jour il souffrit horriblement, et il eut de fréquentes et de violentes envies d'uriner ; il fit les plus grands efforts et ne réussit pas. A cinq heures de l'après-midi, on tâcha d'introduire une sonde de gomme élastique, passée sur un stylet de fer ; mais toujours l'extrémité de l'instrument se trouvait arrêtée dans la situation de la glande prostate, et, après des tentatives nombreuses, on ne put pénétrer dans la vessie. Alors on introduisit une bougie : il semblait bien qu'elle était arrivée dans la vessie, mais lorsqu'on la retirait il ne coulait point d'urine. La prostate fut examinée avec le doigt par le rectum, et l'on ne s'aperçut point qu'elle fût matériellement engorgée. Alors j'essayai de nouveau le cathéter; mon doigt passé dans le rectum en dirigeait l'extrémité. En poussant la pointe vers le pubis, je parvins enfin à la faire entrer dans la vessie, d'où il sortit une grande quantité d'urine. Dans la manœuvre, j'observai que le cathéter semblait passer pressé par le rectum, de telle sorte que la substance de la prostate comprise entre l'intestin et l'instrument devait être très-mince. Examinée par le rectum, la vessie ne paraissait pas très-distendue, quoiqu'elle fut très-proéminente au-dessus du pubis. La sonde fut maintenue dans la vessie, afin de vider l'urine quand il en serait besoin. On administra un lavement opiacé, et la nuit fut passable.

» Les deux jours suivants furent assez bons.

» Le 22 septembre, la sonde fut ôtée, mais le malade ne put la vider volontairement; il fallut, le soir, introduire de nouveau l'instrument, qui fut maintenu dans la vessie comme auparavant. La nuit fut troublée par un grand malaise dans le rectum, qui céda aux lavements opiacés.

» Le 25 eurent lieu de violentes contractions spasmodiques de la vessie, accompagnées de douleurs intolérables. Comme on pouvait croire qu'elles provenaient de la présence du cathéter dans la vessie, on le sortit; mais le spasme fut aussi violent qu'auparavant, et le malade ne put rendre une goutte d'urine.

» Le 26 au matin, on introduisit encore le cathéter ; lorsque le bout toucha le col de la vessie, un spasme violent eu lieu; l'instrument fut si fortement saisi par les contractions spasmodiques, qu'il fut impossible de le mouvoir en avant ou en arrière tant que dura le spasme ; dès qu'il fut tombé il pénétra dans la vessie, où on le maintint. Cet état spasmodique persista d'une manière violente tout le jour; il y avait néanmoins quelques rémissions toutes les fois qu'il coulait quelques gouttes d'urine, qui étaient reçues dans une vessie qu'on avait suspendue vers le gland. Vers le soir, on s'aperçut que l'urine était teinte de sang. Le

malade souffrait cruellement ; on lui prescrivit une pilule composée d'un grain d'opium, deux grains de camphre et deux grains de térébenthine de Chio ; la même pilule fut prescrite pour chaque six heures. Il survint une transpiration abondante, que suivit un sommeil bienfaisant qui se soutint toute la nuit.

» Les 27, 28 et 29, il n'y eut point de changement sensible. Il prit une pilule.

» Le 30, il fut très-agité ; les contractions spasmodiques furent violentes et cruelles. Le cathéter ne put être sorti qu'avec efforts, et l'on eut une très-grande difficulté à le replacer ; le doigt mis dans le rectum, on sentait que la vessie faisait une plus grande saillie, et qu'elle était plus basse. Il passa une nuit dans les souffrances ; les pilules furent continuées.

» Le 1er octobre, le spasme ne l'avait point quitté ; il avait souffert cruellement. Il s'écoula par la sonde, avec l'urine, un mucus sanguinolent en quantité considérable.

» Le 2 octobre, le même mucus coula avec l'urine ; mais, vers le soir, il fut moins abondant. Les contractions spasmodiques étaient fréquentes et atroces. On injecta dans le rectum une dragme d'opium dissous dans une once et demie d'eau. Le spasme tomba subitement, et la nuit fut calme.

» Le 3 octobre au matin, il se trouva beaucoup soulagé, et son pouls, qui la veille donnait cent pulsations en une minute, n'en donnait plus que quatre-vingt-dix le soir ; le spasme reparut et il s'accompagnait de tressaillements convulsifs qui se prolongèrent dans la nuit.

» Le 4 octobre, le spasme fut violent. On fit, dans la matinée, la même injection ; la dose fut moitié moindre ; il en fut soulagé, mais moins que la veille. Le soir on répéta l'injection avec addition de deux grains de camphre, six gouttes d'huile de térébenthine, mais on n'en obtint aucun soulagement, ou presque pas.

» Le 5 octobre, il se manifesta, dans la matinée, du délire, et le spasme fut très-violent. L'injection fut répétée, mais les contractions spasmodiques furent plus fortes que jamais.

» Le 6 octobre, le malade ne donnait des signes de sensibilité que par intervalles. Les spasmes continuèrent, les convulsions suivirent, et il mourut à une heure et demie dans une cruelle agonie.

» A l'examen du cadavre, on trouva la vessie contractée ; sa tunique musculaire était plus épaisse que dans l'état de nature, et sa tunique interne était très-vasculaire. La glande était très-engorgée, le moyen lobe formait une tumeur qui se portait en saillie dans la vessie, derrière l'orifice de l'urètre, et la membrane qui la couvre se continuait sur chaque côté en forme d'un repli transversal ; sur la partie postérieure de la vessie, il y avait une vésicule de la grosseur environ d'une orange, située vers la glande prostate ; elle était en communication avec la vessie par un petit orifice de la largeur environ d'une plume d'oie. Les enveloppes de cette vésicule avaient l'épaisseur de celles d'une vessie ordinaire, et sa surface interne était couverte de lymphe coagulable. La situation de cette vésicule derrière la vessie portait celle-ci en avant, et devait ainsi augmenter l'obstacle qui empêchait l'entrée de la sonde.

» La pointe du cathéter avait été forcée dans la substance de la prostate au point d'y creuser un canal artificiel dont une extrémité communiquait avec l'urètre près du verumontanum, et l'autre avec la cavité de la vessie, précisément devant l'orifice de la vésicule. » (Everard Home, *Traité des maladies de la prostate*, traduction française, p. 111.)

Les *complications* peuvent non-seulement être des affections graves par elles-mêmes, mais elles peuvent aussi apporter un obstacle direct au traitement de l'hypertrophie prostatique. A cet égard les rétrécissements de l'urètre se présentent en première ligne.

Alors, d'après Everard Home, il faudra commencer par introduire des bougies avec beaucoup de ménagement, ne les faire pénétrer que très-peu à travers la partie rétrécie ; il ne faut pas laisser séjourner long-temps la bougie, il vaut mieux l'introduire une fois par jour. Par ces petits moyens, dit le chirurgien anglais, le rétrécissement se dilatera plus

facilement que par aucun de ceux que je connaisse.

Dès qu'on a fait ainsi quelques progrès, Home conseille d'introduire une très-petite sonde élastique sans mandrin dont on augmentera graduellement le volume, et qu'on passera plusieurs fois par jour.

« La maladie de la prostate produit une affection spasmodique de l'urètre, là même où il n'y a pas de disposition à un rétrécissement durable; l'on conclura avec raison que lorsqu'un rétrécissement opiniâtre a duré plusieurs années, et qu'il survient une maladie dans la prostate, il y a peu de chance en faveur de la guérison du rétrécissement; tous les efforts que j'ai faits en pareille occurrence m'ont prouvé leur impuissance; et tout ce que l'on gagne de dilatation au-delà d'un certain point, est perdu à la première irritation du col de la vessie. » (Home, *lieu cité*, p. 92.)

Enfin Home ajoute en résumant son opinion sur ce point :

« Tout ce que l'on peut faire avec sûreté dans la plupart des cas, c'est de persévérer dans l'usage de la sonde de gomme élastique; et si le malade parvient à l'introduire lui-même, il pourra passer ses dernières années dans un état tolérable; mais si, pour obtenir un plus prompt soulagement, il a recours souvent à des moyens plus violents, il hâtera la fin de ses jours. » (Home, *lieu cité,* p. 93.)

Et il cite à l'appui de son opinion beaucoup de faits dont celui-ci nous paraît le plus intéressant :

Obs. 32. « Un officier du génie, tempérament très-nerveux et très-irritable, qui avait depuis l'âge de vingt ans des rétrécissements du canal de l'urètre, éprouva, à l'âge de soixante-douze ans, des symptômes qui annonçaient un engorgement du moyen lobe de la prostate. Le chirurgien qu'il consulta, pensant que ces symptômes dépendaient de l'affection de l'urètre, appliqua le caustique; mais, à cause de la constitution et de la nature compliquée de la maladie, il résulta de cette application des spasmes de l'urètre et une si vive irritation au col de la vessie, qu'il fallut abandonner ce traitement. Depuis ce temps, il se servit de bougies ordinaires, et quelquefois, si l'urine ne venait que goutte à goutte, il la faisait sortir à l'aide d'une petite sonde de gomme élastique. C'est ainsi qu'il s'avançait vers une existence misérable. Tantôt l'irritation du col de la vessie était insupportable, à cause de la contraction constante et du ténesme qui y survenait; tantôt le spasme de l'urètre était si violent que la plus petite bougie ne pouvait aller au delà du rétrécissement, et que l'urine ne s'écoulait qu'avec la plus grande difficulté. Ajoutez à cela que le malade était sujet à des attaques de nerfs, indépendantes de la maladie actuelle, qui venaient tous les quinze jours, et duraient cinq à six heures; pendant l'accès, il était tellement oppressé, qu'il conservait à peine connaissance. Après avoir resté quatre ans dans cet état, il vint me consulter et me dit que s'il ne l'avait pas fait avant, c'est qu'il craignait que je ne lui conseillasse l'usage du caustique, et qu'à cause d'une tentative qu'il avait faite il croyait qu'il ne pourrait pas le supporter. Je le sondais régulièrement trois fois par jour, ce qui le soulageait infiniment; mais une attaque de nerfs étant survenue, il fut incapable d'introduire l'instrument, et les symptômes se présentèrent de nouveau. Je lui proposai de garder le cathéter dans la vessie pour quelques jours; mes persuasions furent inutiles. Malgré cela, il vécut plusieurs années dans un état tolérable, à l'exception de sa maladie constitutionnelle, qui quelquefois venait l'assaillir. Il mourut âgé de quatre-vingts ans, et, dans ce dernier phénomène, on doit regarder la vieillesse comme cause de la mort, plutôt que la maladie de la prostate. » (Home, *lieu cité*, p. 99.)

Selon M. Civiale, la doctrine d'Everard Home n'est exacte que lorsqu'on suit la méthode ordinaire. M. Civiale a été plus heureux dans ses tentatives. A la vérité, il a vu dans plus d'une occasion survenir l'irritation du col de la vessie, qui aggravait momentanément la position du malade; mais presque toujours il lui a suffi de suspendre le traitement pendant quelques jours, et de procéder ensuite avec

plus de lenteur et de ménagement. Il soutient que l'influence réciproque du rétrécissement et de l'hypertrophie prostatique dépend moins de la maladie que de la manière dont on l'attaque.

Il va sans dire que la guérison du rétrécissement serait le préliminaire indispensable de l'application des moyens directs à l'hypertrophie de la prostate. Si l'on se rappelle la difficulté de cette application dans les cas simples, on la trouvera sans doute presque impossible ici.

Quant au gonflement douloureux du cordon et du testicule déterminé par la présence de l'instrument dans la portion prostatique de l'urètre, cette susceptibilité des organes de la génération rend la situation extrêmement embarrassante : la rétention exige impérieusement le cathétérisme et même la sonde à demeure, et l'emploi de ce moyen provoque inévitablement l'engorgement du cordon et du testicule. On n'a pas d'autre ressource alors que de redoubler de précautions et de prudence, en même temps qu'on recourt aux calmants, tels que cataplasmes, lavements émollients, bains, etc.

Le cas suivant montre que l'engorgement testiculaire cède assez aisément, et en même temps que la compression de la tumeur prostatique peut avoir d'heureux résultats.

Obs. 33. « *Rétention d'urine par une tumeur de la portion sus-montanale de la prostate, plusieurs fausses routes. Traitement par la compression, guérison. Phlébite de la jambe, mort.*

Vasseur, de Nogent-le-Rotrou, âgé de soixante et un ans, avait été toute sa vie conducteur de bœufs ; il fut toujours sobre, n'eut pas la moindre affection vénérienne ; il voyageait continuellement à pied et ne fit jamais d'état sédentaire. Il y a trois ans, sans qu'il se fût aperçu que le jet de son urine eût diminué jusqu'alors, il fut pris d'une rétention complète, après avoir bu une demi-bouteille de cidre. Il resta trois jours sans rendre une seule goutte de liquide, malgré les bains qu'on lui fit prendre. Un second chirurgien le sonda, et, cette opération ayant été répétée chaque fois qu'il était nécessaire, au bout de huit jours l'urine reprit insensiblement son cours. Six mois se passèrent sans accidents ; mais, au bout de ce temps, nouvelle rétention, qui disparut après un seul cathétérisme.

» Depuis six mois les rétentions étaient devenues plus fréquentes, surtout quand il faisait des marches forcées. Le jet de l'urine était très-fin et cessait même quelquefois complétement quand il faisait de grands efforts ; mais les épreintes étaient tellement vives qu'il ne pouvait s'en empêcher. Il éprouvait alors des douleurs dans le fondement ; mais il n'eut jamais ni tumeurs ni fluxions hémorrhoïdales. Il a uriné huit ou neuf fois du sang sans avoir été sondé. Lors de ces hémorrhagies, la dyspnée devenait plus intense.

» Le 16 août 1838, sans autres causes que des marches longues, la rétention devint complète. Alors le malade s'arrêta dans un village où, pendant deux jours, un chirurgien essaya quatorze ou quinze fois de le sonder sans y parvenir ; chaque fois il sortait du sang en abondance. Enfin Vasseur se fit amener à Paris, et entra à la Charité, le 21 août 1838, salle Saint-Ferdinand, nº 18, dans le service de mon savant et respectable maître, M. Bally. On le sonda immédiatement, et on retira deux litres et demi d'urine sale, foncée en couleur et rougissant fortement le papier de tournesol, quoiqu'elle eût au plus haut degré l'odeur dite *ammoniacale*.

» On continua ainsi de le sonder. Presque toujours on sentait des rugosités derrière le col de la vessie, et le moyen le plus sûr de pénétrer aisément était de ne jamais abandonner la paroi antéro-postérieure du canal. Souvent, pour que l'urine sortît, il fallait abaisser la sonde jusqu'à ce que son pavillon fût dans l'axe du corps, ce qui me donna lieu de croire que ses yeux, avant d'arriver dans la vessie, se trouvaient coiffés par des tissus qui traversaient, présomption que l'autopsie justifia. La vessie jouissait toujours d'une très-grande dilatabilité ; elle chassait l'urine avec peu de force par la sonde, mais jusqu'à la dernière goutte ; ce liquide conserva toujours un peu de son

odeur forte, mais il s'éclaircit peu à peu et finit par n'être plus trouble que vers la fin de l'évacuation. Il suintait continuellement de l'urètre du mucus puriforme en abondance. Douleurs dans la région des reins, surtout à droite. Pendant le cathétérisme, le malade souffrait beaucoup vers la prostate.

» Le 28 août, il survint un gonflement du testicule droit; la douleur sourde dont il était le siége s'étendait sur le trajet du canal déférent.

» Le 4 septembre, malgré l'usage d'un suspensoir et de cataplasmes, le testicule avait acquis le volume d'un œuf de poule; scrotum œdématié.

» Le 12, vu la difficulté du cathétérisme, on mit à demeure une sonde n° 11.

» Le 15, un peu d'urine sortit entre le canal et la sonde.

» Le 16, des douleurs vives au col de la vessie obligèrent d'ôter cet instrument. Dès lors il sortit spontanément quelques gouttes d'urine; mais malgré cela on fut toujours obligé de recourir chaque jour au cathétérisme.

» Le 25, l'émission ne se faisait pas mieux, cependant les douleurs de la vessie et le gonflement testiculaire avaient diminué. A l'aide de mon cathéter explorateur, je diagnostiquai une augmentation de la portion sus-montanale faisant, du côté de la vessie, une tumeur à large base. Cette dernière circonstance, jointe aux fausses routes que j'avais reconnues dans le canal, fit que je ne cherchai qu'à renverser cette tumeur en arrière. Je fis donc une application de mon compresseur en baleine pendant dix minutes, après quoi l'écoulement de l'urine se fit un peu mieux; mais cette amélioration ne dura qu'un jour. Les besoins d'uriner continuèrent d'être très-fréquents et la vessie ne se vidait que fort incomplétement.

» Le 2 octobre, deuxième application pendant une heure et demie, et, bien que l'extrémité externe de l'instrument fût tenue perpendiculairement à l'axe du tronc, le malade la supporta facilement, il n'éprouvait qu'un peu de douleur au col de la vessie et au niveau de la symphyse pubienne. Dès lors l'urine sortit par un jet qui n'était pas même bifurqué, mais seulement entortillé.

» Le 4, je fis uriner le malade en ma présence, puis je le sondai : je ne trouvai pas même un verre d'urine dans la vessie; je remarquai cependant que le liquide ne sortait pas par un jet continu, mais qu'il s'arrêtait deux ou trois fois, pour recommencer ensuite. Troisième application pendant une heure et demie. Le jet devint plus gros, non interrompu, mais il restait encore près d'un verre d'urine dans la vessie.

» Le 7, application de mon compresseur en acier pendant une heure au moins. La douleur au col de la vessie fut plus vive, mais très-supportable. A partir de ce moment l'urine sortit à plein canal, et, ce qu'il y eut de remarquable, c'est que la quantité surpassait de beaucoup celle qu'on rend habituellement.

» Tout allait très-bien : la vessie se vidait complétement, et le testicule était presque revenu à son volume et à sa consistance normale. On fit une pétition à l'administration dans le but d'obtenir les frais de voiture nécessaires pour que le malade pût retourner dans son pays; la réponse s'étant fait attendre quelques jours, il passait son temps à se promener dans les salles ou dans le jardin.

» Mais, le 15, il resta long-temps dans le jardin, par un temps très-froid, et, lorsqu'il se coucha le soir, il eut beaucoup de peine à se réchauffer.

» Le 16, il y eut de la douleur et du gonflement dans le mollet droit, et il ne nous en parla pas. Il paraît aussi qu'à partir de ce moment il lui arriva, ce qui n'avait jamais eu lieu depuis son arrivée à Paris, qu'au moindre besoin d'uriner, il était obligé d'y satisfaire. Il se levait alors brusquement, mais il n'arrivait pas assez vite au bassin placé à la tête de son lit pour ne pas en laisser échapper quelques gouttes sur le parquet.

» Ce n'est que le 18 au soir qu'il me dit éprouver une douleur extrêmement vive dans le genou gauche, sans qu'il y eût le moindre gonflement; il me paraissait en proie à une angoisse extrême. Alors, craignant qu'il n'y eût quelque nouvel accident du côté de la vessie, je le sondai; mais je trouvai cet organe par-

faitement vide : le malade venait d'uriner. Cataplasme sur le genou.

» Le 19, accidents bien plus formidables. Pendant la nuit il avait vomi deux ou trois fois, et avait eu une selle en dévoiement. Le matin, la voix était lente, presque éteinte, la face et les autres parties d'un rouge violet; le pouls était faible, la circulation capillaire languissante, l'impression des doigts ne disparaissait qu'avec lenteur; le mollet gauche était gonflé, dur, tendu, plus violet que le reste, très-douloureux à la moindre pression. Cet homme, dans son angoisse, se tenait encore sur son séant; mais tantôt sa tête se renversait en arrière, tantôt elle tombait en avant.

» *Prescription.* Cataplasmes sur le mollet; frictions avec un liniment excitant sur les membres; applications chaudes souvent renouvelées sur le ventre.

» Il n'y eut plus ni diarrhée ni vomissement; mais tous les autres accidents persistèrent, et la mort survint à une heure du soir.

» *Autopsie* le 21. Rien dans le cerveau. Poumons parfaitement sains, non sensiblement cyanosés. Les cavités du cœur contenaient beaucoup de sang en caillots, les uns noirs et grumeleux, les autres blancs et fibrineux. La veine cave-inférieure ne contenait qu'un peu de sang noir et grumeleux, ainsi que les veines du membre inférieur droit. Celles du gauche avaient les parois plus rouges et renfermaient des caillots moins noirs, mieux liés, mieux organisés et plus anciens selon toutes les apparences; au niveau du mollet on trouva du pus mêlé avec le sang; on ne rencontra pas d'adhérences entre les caillots et les vaisseaux.

» Assez grande quantité d'urine limpide dans la vessie; les parois de cet organe étaient entièrement saines, et sa muqueuse était de pâleur normale; la musculeuse, peu hypertrophiée, ne formait que quelques saillies peu prononcées.

» Prostate du volume d'une orange; sa substance était molle, et cédait facilement à la pression; en passant le doigt sur ses diverses faces, on sentait très-distinctement ses granulations. Toutes ses parties avaient à peu près également augmenté de volume, seulement la portion sus-montanale avait encore pris, proportionnellement, beaucoup plus d'accroissement que le reste. Outre qu'elle formait une valvule très-saillante, tendue entre les lobes latéraux, sa face vésicale s'élevait, sous forme de tumeur à base large, mais beaucoup plus transversalement que d'avant en arrière; son sommet dépassait de 25 millimètres (1 pouce) le niveau du bord antérieur du col. La face antérieure de cette éminence avait été fortement déprimée; il semblait qu'on se fût efforcé de la plier de manière à rapprocher ses deux bords latéraux l'un de l'autre.

» Le développement de la portion sus-montanale déterminait au-dessous d'elle un cul-de-sac très-prononcé au fond duquel commençaient, un peu plus à droite qu'à gauche, deux fausses routes qui aboutissaient dans la vessie par un orifice unique au sommet de la tumeur. Pas la moindre trace d'inflammation dans toutes ces parties. La muqueuse de toute la portion prostatique de l'urètre était remarquable par sa pâleur, même au pourtour des fausses routes. Le verumontanum ne présentait rien de particulier. Rien dans le reste du canal.

» Le testicule droit n'était presque pas plus gros que l'autre; leur couleur à l'intérieur ne présentait presque aucune différence. Cependant la substance du premier paraissait comme infiltrée d'une petite quantité d'humeur gélatineuse, et ses tubes se rompaient plus facilement par les tractions. La tête de l'épididyme paraissait plus vasculaire, et sa substance était parcourue d'un lacis de vaisseaux noirâtres.

» Rien dans la rate. J'ai oublié d'examiner les reins.

» Cette observation abonde en circonstances extrêmement curieuses que je signalerai à mesure que nous avancerons. Il me suffira pour le moment de faire remarquer la pâleur des tissus de la région prostatique après les délabrements qu'on y avait pratiqués, les douleurs que le malade y avait souffertes, la sécrétion puriforme dont elle avait été le siége et l'orchite dont elle avait été le

point de départ. Si cette inflammation aiguë eût été entée sur une inflammation chronique, aurait-elle ainsi disparu en aussi peu de temps, malgré l'emploi de certains moyens qui, dans cette supposition, l'auraient plutôt aggravée que guérie ? Dernièrement on a présenté à la Société anatomique une prostate affectée de tuméfaction molle, et dont le lobe droit, un peu plus volumineux que le gauche, avait été traversé complétement de bas en haut par une sonde. Cette fausse route était parfaitement organisée, et revêtue d'une muqueuse blanche et fine que soulevaient çà et là les granulations sous-jacentes. J'aurais pu citer quelques autres faits semblables, si celui-ci n'avait été constaté par un grand nombre d'anatomistes, et en particulier par MM. Cruveilhier et Chassaignac. Pense-t-on que ces fausses routes se fussent ainsi organisées, si elles eussent été faites dans une prostate affectée d'inflammation chronique; et ne doit-on pas espérer d'opérations méthodiques faites sur une très-petite surface et rétablissant le cours des urines, si des lésions aussi étendues, non suivies d'aucun bon résultat, se sont aussi cicatrisées? » (Mercier, *loco cit.*, p. 192.)

Dans l'article consacré aux *calculs urinaires*, nous avons trop insisté sur l'influence réciproque de la pierre et de l'hypertrophie de la prostate pour être obligés d'y revenir ici. Nous nous bornerons à rapporter l'observation suivante, qui montre dans quelle perplexité cette opération peut jeter le praticien.

Obs. 34. « M. D..., adulte, d'une constitution très-forte, mais épuisée par un état prolongé de souffrances, dont le foyer résidait dans les organes urinaires, resta pendant long-temps sans tenir aucun compte de quelques besoins fréquents d'uriner, accompagnés de difficultés et de douleurs quand il voulait les satisfaire. Cependant ces accidents augmentèrent, l'urine devint trouble, fétide, sanguinolente, et il survint même un écoulement abondant de sang pur. On eut recours à divers moyens du ressort de la médecine interne, qui n'amenèrent qu'un soulagement incomplet et momentané. La persistance des symptômes fit soupçonner l'existence d'un calcul, on m'appela. Une exploration de la vessie me démontra que les accidents se rattachaient spécialement à une tuméfaction considérable du corps de la prostate, faisant saillie dans l'intérieur de la vessie. Du reste, la sonde ne pénétrait dans ce viscère qu'avec peine ; elle était fortement serrée par le col, et il fallait l'enfoncer à une profondeur considérable pour que l'urine arrivât. Sous le rapport de la pierre, l'exploration de la vessie demeura incomplète. Les sondes ordinaires avaient à peine assez de longueur. Il devenait évident que le col vésical était refoulé en arrière d'au moins 18 lignes. Les autres parties de l'urètre ne présentaient rien de particulier, si ce n'est que la courbure était plus prononcée, et que l'instrument franchissait ce point avec difficulté. Le malade n'avait pas perdu entièrement la faculté d'uriner au moment où je fis cette exploration ; toutefois la vessie ne se vidait pas. On se borna à prescrire un traitement médical. Mais de nouveaux accidents, accompagnés de rétentions d'urine, étant survenus quelques jours plus tard, il fut décidé qu'on placerait une sonde à demeure. Le malade n'en fut point fatigué, et, par le fait du rétablissement du cours de l'urine sans effort, le sang, les mucosités et l'odeur fétide disparurent ; l'état général, qui avait donné des inquiétudes, se rétablit avec lenteur, il est vrai, mais d'une manière progressive, et M. D... put sortir en voiture, même faire des courses à pied, sans que la sonde le fatiguât beaucoup. Bientôt l'urine commença à couler entre cette dernière et les parois de l'urètre, puis il y eut possibilité sans la déboucher, et enfin on fut en mesure de l'ôter ; l'urine continua de couler, quoique avec plus de difficulté. Je pratiquai quelques injections d'eau froide, qui donnèrent lieu à un peu de réaction, et firent reparaître, mais faiblement, les mucosités et l'odeur fétide. Le malade, se trouvant de mieux en mieux, finit par apprendre à introduire lui-même la sonde courbe sans mandrin. Au bout d'une dizaine de jours, soit à la suite d'un excès de fatigue, soit parce que la

vessie faisait d'impuissants efforts pour chasser l'urine, il survint tout à coup un accès de fièvre, qui se reproduisit même, et qui fut suivi de sueurs abondantes; l'urine reprit une teinte légèrement sanguinolente, et les besoins se rapprochèrent davantage, bien que la vessie ne contînt qu'un peu de liquide, qui était louche, fétide et chargé de mucosités en suspension. Il me suffit de replacer la sonde pour mettre fin aux accidents locaux et faire cesser les symptômes généraux. Je reconnus aussi l'existence d'une pierre. Par le fait du placement de la sonde dans l'urètre, l'urine reprit ses qualités normales. Mais le malade demeura obligé de changer l'instrument tous les huit jours au moins, sinon l'extrémité oculaire s'incrustait, les yeux se bouchaient, et la sortie de l'urine n'avait plus lieu qu'avec difficulté. La marche du praticien était toute tracée par ce qui avait eu lieu; il ne fallait pas songer aux injections froides, puisque la contractilité vésicale avait assez d'énergie, et que l'essai de ce moyen avait provoqué une réaction. A dater de ce moment, il ne fut fait que des injections tièdes, et seulement pour entraîner les dépôts de l'urine. L'obstacle au cours de ce liquide dépendait spécialement de la tuméfaction de la prostate, qui s'élevait derrière l'orifice de l'urètre, et le déformait au point que les efforts les plus considérables pouvaient à peine déterminer la sortie de quelques gouttes. Une sonde à demeure devenait indispensable. Ce traitement fut continué pendant plusieurs mois, il n'y eut pas de souffrances vives; le malade pouvait même vaquer à ses affaires, sortir à pied et en voiture : mais il se désespérait de ne point guérir. Son caractère ne me permit pas de lui faire aucune confidence, mais j'annonçai à la famille qu'un corps étranger existait dans la vessie, qu'on ne pouvait pas en faire l'extraction par les procédés de la lithotritie, à cause de la maladie de la prostate, et qu'il fallait recourir à la taille hypogastrique; j'ajoutai que l'état actuel du malade et les accidents qu'il éprouvait n'étaient pas de nature à obliger de pratiquer une pareille opération, toujours grave, surtout en de pareilles circonstances, et je fis remarquer encore que la taille ne rétablirait pas le cours normal de l'urine. Ces raisons furent appréciées; pendant quinze mois, l'emploi du même moyen me mit à même de faire vivre le malade, qui céda enfin à des suggestions étrangères. A cette époque, l'un de nos physiologistes expérimentait quelques-uns des remèdes nouveaux de son formulaire sur une personne de la même famille. Il donna à entendre que ma conduite était trop circonspecte, et qu'on devait recourir à un traitement plus actif. Les observations qu'il me soumit à cet égard ne me semblèrent pas très-sages; les miennes ne le persuadèrent pas non plus. Quelques jours après, l'un de mes confrères fut appelé pour exécuter les manœuvres hardies contre lesquelles je m'étais élevé; et au bout de trois jours, le malade n'existait plus. Ce résultat aura sans doute prouvé à notre physiologiste que les hommes ne peuvent être traités comme des lapins ou des chiens, et au chirurgien qu'on ne saurait agir sur la prostate comme on le fait sur les muscles de l'œil ou de la langue. Il est peu rare de rencontrer des cas analogues avec le précédent. Un malade qui ne guérit point est incessamment tourmenté par l'idée qu'on ne fait pas tout ce qui conviendrait, et le praticien doit lutter à la fois contre le penchant et contre le mal, son devoir est d'insister d'autant plus que le sujet court infailliblement à sa perte si on le laisse céder à ses impatiences. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, IIe partie, p. 382.)

Qu'elle soit spontanée ou produite par la manœuvre des instruments, second cas qui est moins rare que le premier, l'hémorrhagie n'a d'importance réelle que lorsqu'elle se fait dans la cavité vésicale, encore avec une certaine abondance. Il peut arriver que le sang se coagule dans le viscère qu'il remplit, et de là les accidents de la rétention. Nous ne répéterons point ce qui a été dit à l'article HÉMATURIE VÉSICALE (*Bibliothèque du médecin-praticien*, t. III), mais nous insisterons pour qu'on ne se décourage pas si le caillot ou ses fragments,

au lieu d'être sur-le-champ entraînés avec le liquide de l'injection, vont boucher les yeux de la sonde dès que les parties liquides s'y engagent. Il faut recommencer les injections avec patience, et on finit par triompher ; la vessie se vide goutte à goutte, mais elle se vide (Civiale). Les nouveaux instruments imaginés par M. Leroy-d'Étiolles seront sans doute très-avantageux.

Pour le catarrhe vésical qui peut compliquer l'affection prostatique, outre le traitement qu'il réclame dans les cas ordinaires il faudra recourir aux injections tièdes, qui auront l'avantage d'entraîner les mucosités qui tendent à obstruer le col.

Si un fongus vésical coïncidait avec l'hypertrophie prostatique il faudrait tenir la conduite que nous avons exposée en son lieu, et la suivre autant que le permettrait la liberté de l'urètre.

A côté de cette coïncidence d'une autre affection, quelques symptômes, même éventuels, de l'hypertrophie peuvent s'élever à un degré qui constitue une véritable complication ; de ce nombre est l'irritation du col vésical. MM. Civiale et Leroy-d'Étiolles ont insisté sur cet accident, dont Everard Home rapporte un exemple remarquable.

Obs. 35. « Un gentleman, âgé de soixante-cinq ans, ressentit, le 16 octobre 1787, une difficulté d'uriner. Il rendit de l'urine teinte de sang en petite quantité à la fois, et jamais sans beaucoup d'efforts ni de douleurs. Ces symptômes s'aggravèrent journellement.

» Le 26 octobre, on introduisit un cathéter, on fit couler quelques onces d'urine teinte de sang, et on n'obtint qu'un soulagement passager. On répéta le jour même cette opération, et deux fois le lendemain ; on prescrivit en même temps des gouttes d'huile de térébenthine, à prendre chaque six heures.

» Le 28 octobre, les envies d'uriner étaient plus fréquentes, et l'on jugea à propos d'introduire la sonde trois fois par jour. L'urine était toujours colorée.

» Le 1er novembre, l'urine du matin n'était plus colorée ; mais le soir elle l'était beaucoup et contenait un grumeau.

» Le 2, l'urine était encore plus sanguinolente, et l'envie de la rendre se fit sentir plus fréquemment. On jugea nécessaire de passer une sonde de gomme élastique dans la vessie, où elle fut maintenue, afin que l'urine pût couler au fur et à mesure qu'il en serait besoin.

» Le 3, l'urine était encore rouge, et, bien que la sonde eût séjourné dans la vessie, il y eut des contractions fréquentes et spasmodiques, avec des douleurs déchirantes. Une drachme d'huile d'olive fut injectée par la sonde dans la vessie ; elle procura du soulagement, car les spasmes ne se renouvelèrent pas d'une heure. L'huile fut projetée, mêlée de sang coagulé. A une heure après-midi on injecta deux onces de la même huile, qui fut gardée dans la vessie deux heures et demie ; puis elle fut rendue avec l'urine teinte légèrement d'un sang qui paraissait avoir séjourné dans la vessie. A huit heures du soir, il s'échappa, sur le côté de la sonde, un peu d'urine. Les contractions de la vessie étaient fréquentes et douloureuses. L'instrument fut retiré. Le malade resta calme pendant quatre heures, sans faire de l'eau. Au bout de ce temps, le cathéter fut replacé, la vessie fut vidée, et deux onces d'huile furent injectées. Pendant la nuit, les spasmes furent très-fréquents ; il s'écoula quelque peu d'urine et par l'instrument et par les côtés.

» Le 4 au matin, on injecta deux onces d'huile. Une heure après, on retira la sonde, et l'huile fut rendue avec un peu de liquide urinaire. Le malade n'urina point, il ne ressentit point de douleurs jusqu'à deux heures, moment où on introduisit le cathéter ; l'on fit couler quatre onces d'urine. L'état de vacuité de la vessie produisit un spasme violent. Trois onces d'huile furent injectées, et le spasme diminua. Le cathéter fut retiré, et, quatre heures après, il rendit l'huile sans qu'il eût besoin de cathéter ; à six ou sept reprises différentes, le patient expulsa naturellement quelque peu d'urine, d'abord avec peu ou point de douleur, mais ensuite chaque fois il ressentit une douleur toujours croissante.

A dix heures du soir, on introduisit le cathéter, et l'on tira trois onces d'urine. Trois onces d'huile d'olive furent injectées, et la sonde fut retirée. Pendant la nuit, il rendit, en s'aidant de quelques efforts, trois onces d'urine, sans beaucoup de douleur et sans spasme.

» Le 5, à huit heures du matin, le cathéter fut introduit, et l'on retira sept onces d'urine avec deux d'huile. L'état de vacuité de la vessie produisit un spasme violent, qui fut dissipé par l'injection de trois onces d'huile. L'instrument fut retiré, et environ deux heures après il sortit, à plusieurs reprises différentes, quelque peu d'huile et plusieurs onces d'urine. A quatre heures du soir le cathéter fut introduit, et l'on fit couler dix onces d'urine avec un peu d'huile. La vessie était sans spasme. On injecta deux onces d'huile.

» Le 6, il n'y eut point de changement dans les symptômes. L'urine fut rendue, et l'on fit trois injections d'huile.

» Le 7, la vessie fut beaucoup plus affectée de spasme, et il y eut quelque difficulté à introduire la sonde; on ne fit aucun changement au traitement.

» Le 8 novembre, il commença à prendre cinq grains d'extrait de ciguë, trois fois par jour, et deux onces d'huile furent injectées comme précédemment. Le matin, il y eut dans la vessie plus de chaleur et d'irritation que de coutume; mais, dans la soirée, ces symptômes furent diminués. Il rendit, par les efforts naturels, une très-grande quantité d'urine.

» Le 9 novembre, le matin, en introduisant le cathéter, on trouva seulement deux onces d'urine et un peu d'huile. Le cathéter ne fut introduit de nouveau que le soir; alors, on trouva deux fois plus d'urine qu'à l'ordinaire, et dans la région de la vessie il y avait de la sensibilité et de la chaleur. Il prit trente grains d'extrait de ciguë pendant la journée. On administra un lavement opiacé, qui fut rendu. Mais un second lavement, avec soixante gouttes de laudanum, que le malade garda, calma beaucoup la vessie; mais bientôt la tête en fut tellement affectée, qu'il y eut céphalalgie et un peu de délire. On injecta trois onces d'huile.

» Le 11, il passa une meilleure nuit, et fit un peu d'efforts pour uriner. Le matin on trouva seulement deux onces d'urine dans la vessie, au moment où l'on introduisit la sonde. Il prit un gros d'extrait de ciguë pendant la journée, depuis quatre heures du soir jusqu'à onze heures de la nuit; il essaya dix-neuf fois de rendre ses urines.

» Le 12, il prit un gros d'extrait de ciguë dans la journée. Le matin on injecta dans la vessie une once d'huile camphrée, avec une once et demie d'huile simple, et l'injection fut répétée à quatre heures du soir. Tous les symptômes s'aggravèrent, et lorsqu'on introduisit le cathéter, on trouva une plus grande quantité d'urine qu'à l'ordinaire. Le soir, on injecta l'huile simplement.

» Le 13, il continua l'usage de la ciguë: le soir et le matin on injecta la quantité ordinaire d'huile, avec addition de vingt-cinq gouttes de laudanum; mais il parut aller plus mal pour avoir fait des efforts violents afin d'évacuer ses urines, qu'il rendit en petite quantité. Le soir, quand le cathéter fut introduit, on retira un peu d'urine colorée par le laudanum. Immédiatement, on fit l'injection ordinaire de l'huile, et une once et demie d'urine fut évacuée.

» Le 14, on abandonna l'usage de la ciguë. L'urine fut mêlée de sang. Le matin et le soir on injecta l'huile simplement, et dans la soirée on injecta parties égales d'huile d'olive et d'huile de lin.

» Les 15 et 16, les spasmes auraient été très-violents, si l'urine n'eût pas été évacuée aussitôt que le besoin s'en fit sentir. Le même traitement fut poursuivi.

» Le 17, on mit de côté l'huile de graine de lin, et l'on se servit seulement de l'huile d'olive. On appliqua un petit vésicatoire sur l'os sacrum.

» Le 18, le même traitement fut continué; il fut augmenté d'une mixture d'huile, de mucilage et de gomme arabique, et d'une pilule de cinq grains de la poudre de James, qu'il dut prendre trois fois par jour.

» Le 19, on mit de côté la poudre de James, parce qu'elle eut un effet trop purgatif. Le malade ayant été tourmenté par le vésicatoire, on le laissa sécher.

» Le 20, on continua l'injection de l'huile; il prit la mixture de mucilage et d'huile comme auparavant. Il n'alla pas mieux.

» Le 21, on mit de côté la mixture; on continua l'usage de l'huile injectée.

» Le 22, on suspendit les injections d'huile. Le matin, on leur substitua les injections d'eau tiède, et l'on n'en obtint aucun bon effet. Dans l'après-midi, on injecta trois onces d'eau tiède, avec un gros de teinture d'opium. Il parut un peu mieux. Le soir on injecta trois onces d'eau avec deux gros de teinture d'opium : il garda cette injection une heure. Il dormit mieux et la nuit fut plus calme qu'à l'ordinaire.

» Le 23, on continua l'injection d'eau tiède avec la teinture d'opium. Celle-ci fut augmentée le matin de trois gros, l'après-midi de six, et le soir, d'une once. La nuit fut beaucoup meilleure.

» Le 24, on continua la même injection; elle fut suivie d'une très-forte douleur, ce qui fit mettre de côté la teinture.

» Le 25, on administra le matin un lavement qui parut produire quelque bien. On injecta vingt-quatre grains d'extrait d'opium dissous dans deux onces d'eau tiède.

» Le 26, même injection que la veille. Il n'y eut point d'irritation pendant une heure et un quart; le besoin d'uriner se fit sentir, et il s'échappa quelques gouttes d'eau. On introduisit la sonde dans la vessie, d'où il sortit quatre onces de fluide.

» Dans le cours de la journée, on répéta l'injection, d'abord en même quantité, ensuite la dose fut doublée; mais on n'en obtint pas un soulagement plus long qu'auparavant. Le soir, depuis sept heures jusqu'à onze, le besoin d'uriner se fit sentir plus souvent que dans toute la nuit précédente.

» Le 27, le malade passa une meilleure nuit. On continua le même traitement.

» Le 28, il n'y eut de changements ni dans les symptômes, ni dans le traitement.

» Le 29, même traitement; avec cette différence, qu'il prit deux bains tièdes qui donnèrent chacun une heure de soulagement.

» Le 30, le même traitement que le jour précédent. Il rendit moins d'urine : elle déposa un peu de sédiment.

» Le 1er décembre, point de changement.

» Le 2, même traitement; il passa une mauvaise nuit, mais l'état spasmodique fut moins fort pendant le jour.

» Le 3, la quantité de mucus augmenta; il s'en forma environ une once en douze heures; il était clair et visqueux; il fut évacué avec difficulté, et avec des spasmes violents. On continua le même traitement.

» Le 4, le matin ayant introduit le cathéter, il coula deux onces d'urine. De l'eau tiède fut injectée dans la vessie, dans la vue de la nettoyer et de la retirer de suite, afin de la laisser vide. Après cela on suspendit l'usage du cathéter et des injections. Il prit deux bains tièdes, et il se trouva aussi bien qu'à l'ordinaire.

» Le 5, l'urine coula en petite quantité, et teinte de sang; d'ailleurs, point de changement.

» Le 6, il était dans le même état; seulement on remarqua un peu moins de mucus.

» Le 7, il commença à prendre trois grains de sulfate de fer, dans le mucilage de gomme arabique, et il continua le bain tiède.

» Les 8, 9 et 10, point de changement.

» Le 11, on introduisit dans l'urètre une bougie dans la longueur de quatre pouces, enduite d'une égale quantité de baume de copahu et d'huile d'olive, dans le but de provoquer une évacuation de matière de l'urètre. On continua l'usage du sulfate de fer et les bains tièdes. Les trois jours suivants on fit le même traitement.

» Le 15, la bougie fut enduite de baume de copahu pur; il occasionna quelque douleur, mais ne procura pas d'évacuation de l'urètre.

» Le 16, l'irritation fut portée si loin, qu'il fallut suspendre l'usage de la bougie: elle ne produisit ni évacuation ni bien.

» Le 17, il commença à prendre pour la seconde fois l'extrait de ciguë.

» Le 20, la ciguë fut portée à soixante pilules de cinq grains chaque, dans le courant du jour, sans qu'elle produisît aucun effet désagréable. Les spasmes furent plus fréquents.

» Le 21, on continua la ciguë ; on passa une bougie enduite de saindoux et de précipité rouge.

» Le 22, même traitement. La bougie produisit de l'irritation, mais point d'évacuation ; ce qui détermina à la mettre de côté. Dans la soirée il eut un frisson qui dura une heure, et le laissa dans un état supportable.

» Le 23, il prit de petites doses de poudre de Dower, et un bain tiède le soir.

» Le 24, une bougie fut introduite, ointe d'onguent basilicum, qui excita de l'inflammation et point d'évacuation ; on s'en tint là.

» Le 25, point de changement.

» Le 26, il commença à prendre trois pintes d'uva-ursi dans le courant du jour.

» Le 27, il ressentit une douleur rongeante qui s'étendait tout le long de l'urètre, et qu'il rapportait principalement aux parties voisines du gland. Une bougie fut introduite ointe d'extrait d'opium, mais il n'en résulta aucun bien.

» Le 28, on fit la décoction d'uva-ursi plus forte. L'urine qui fut rendue était d'abord d'une couleur naturelle, mais, gardée quelque temps, elle prenait la couleur de la décoction. L'urine était sécrétée en plus grande quantité et contenait moins de mucus. On introduisit la bougie comme le jour précédent.

» Les 29 et 30, point de changement ni dans les symptômes ni dans le traitement.

» Le 31, la bougie fut mise de côté. On fit continuer la décoction et prendre un bain le soir.

» Le 2 janvier 1811, même traitement ; on essaya les effets de l'électricité ; des étincelles furent tirées sur la région de la vessie et le périnée.

» Le 8, la décoction occasionna des nausées. Les spasmes furent plus fréquents, plus douloureux, et la difficulté d'uriner plus intense. On mit de côté la décoction et l'électricité. Sur le soir, l'irritation de la vessie fut si forte, qu'il fallut introduire la sonde ; il sortit quatre onces de liquide ; il eut quelque soulagement. L'instrument ne pouvant passer librement, on dut croire à une nouvelle inflammation de la prostate. On appliqua un petit vésicatoire au périnée. Dans la nuit, il prit six grains d'opium, mais il n'en souffrit pas moins, et eut de fréquentes envies d'uriner.

» Le 9, le vésicatoire fut levé, mais il ne produisit pas un bien sensible. On sonda le malade à deux heures du matin, et, dans l'après-midi, on lui continua l'opium.

» Le 10, il prit un julep avec du musc. La première dose produisit un effet purgatif qui dura tout le jour.

» Le 12, on mit le musc de côté, et l'on se remit à l'usage de l'opium, dont il prit seize grains dans le courant du jour. Ce fut alors que le malade changea rapidement, devint très-faible ; ses facultés intellectuelles s'affaiblirent et n'eurent plus de règle.

» Le 14, il ne put rien garder dans l'estomac, à l'exception de l'opium. L'affaiblissement augmenta tellement qu'il mourut le 23 janvier. Il ne fut point permis d'ouvrir le corps. » (E. Home, *Traité des maladies de la prostate*, traduction française, p. 132.)

Il serait difficile d'imaginer un fait plus concluant contre l'action calmante des injections. On a eu beau les diversifier, les charger d'opium, elles ont plutôt aggravé qu'amendé les symptômes. C'est qu'il n'y a point en général de liquide plus émollient pour une surface que celui qui la baigne naturellement et même à l'état morbide. Ces injections sont reçues par le viscère comme de véritables corps étrangers, et c'est à ce titre que les préparations les plus calmantes ont un effet stimulant.

ARTICLE VIII.

Atrophie de la prostate.

L'atrophie de la prostate n'est pas aussi rare que le silence de la plupart des livres à cet égard pourrait le faire croire.

Après nous être efforcé d'apprécier sainement les causes de l'atrophie de

a prostate, elles nous ont paru se réduire à deux ordres : la compression et l'inflammation. Quelquefois, sous l'une ou l'autre de ces deux influences, la glande, au lieu de diminuer seulement de volume, disparaît entièrement.

La compression peut produire ce résultat de deux manières; mais l'agent est toujours un calcul. Dans le premier cas, une pierre volumineuse, à force de presser sur la prostate, l'aplatit et l'amincit d'avant en arrière; mais ce n'est là ni le mode le plus commun ni le plus efficace. C'est ordinairement en envoyant un prolongement dans la portion prostatique de l'urètre que la concrétion, tout en dilatant le canal dans ce point, en amincit les parois. D'autres fois, ce n'est pas un prolongement d'une pierre vésicale qui amène ce résultat, mais une pierre uniquement dans la portion prostatique du canal. M. Crosse a trouvé, à l'ouverture du corps d'un vieillard qui traînait depuis quelques années une existence misérable, et qu'on n'avait osé tailler à cause du délabrement de sa constitution, un gros calcul ovoïde d'acide urique, couvert d'oxalate calcaire mamelonné, et pesant cinquante grammes, dans la partie prostatique de l'urètre; la prostate avait entièrement disparu et la vessie était contractée au point que sa cavité ne dépassait pas celle d'une noix; les uretères et les canaux déférents s'ouvraient dans la poche occupée par la pierre, ce qui indique que cette poche comprenait au moins une partie de la vessie elle-même. (Crosse, *l. cit.*, p. 26.)

L'inflammation n'a paru jusqu'ici atrophier la prostate qu'en passant à la suppuration. M. Cruveilhier a rencontré deux de ces cas. Dans l'un, il y avait un rétrécissement fibreux de l'urètre, long de quinze à vingt millimètres, et occupant la courbure du canal; la partie de l'urètre située derrière le rétrécissement était dilatée et le verumontanum très-développé, et offrant un renflement considérable, d'où partaient de petites brides, pour aller en divergeant se rendre au col de la vessie. En comprimant la portion prostatique de l'urètre on en faisait sortir une grande quantité de pus; la prostate, en apparence volumineuse, n'était plus qu'une poche à deux compartiments, séparés par une cloison incomplète, et le tissu de la glande était presque réduit à rien. Mais n'est-ce pas là une véritable destruction plutôt qu'une atrophie ?

Il en est souvent ainsi des faits présentés comme des exemples d'atrophie prostatique.

D'un autre côté, on a trouvé la prostate diminuée de volume consécutivement à un écoulement ancien et à des douleurs dans la région de cet organe ; ces cas ne constitueraient-ils pas plutôt des exemples d'une atrophie réelle, rappelant celle du testicule, quand après l'orchite l'absorption dépasse ses limites normales ?

Il est évident que l'atrophie de la prostate, étant le résultat de plusieurs maladies, ne comporte qu'un traitement primitif et ne doit plus nous occuper ici sous aucun point de vue.

ARTICLE IX.

Cancer de la prostate.

Suivant Baillie, Desault, Chopart, rien de plus fréquent que le cancer de la prostate; suivant les auteurs modernes, rien de plus rare. C'est à peine si M. Civiale en cite deux exemples et M. Mercier un seul. Cette divergence d'opinion vient tout simplement de la différence dans l'interprétation des faits, de ce qu'on appelait autrefois cancers, squirrhes de la prostate, ce qui n'est plus aujourd'hui qu'une hypertrophie de cette glande. C'était une grave confusion, que les progrès de l'anatomie pathologique ont fait disparaître.

Sur les *causes du cancer de la prostate*, la science est bien pauvre. Voici ce qu'en dit M. Civiale.

« L'affection carcinomateuse de la prostate ne constitue, suivant toutes les probabilités, qu'une terminaison spontanée, naturelle des divers états morbides de la glande que j'ai déjà passés en revue, et qu'il est, en général, possible de reconnaître, même de traiter avec quelque succès avant le développement de la dégénérescence ; mais contre lesquels tout échoue quand celle-ci s'est déjà pronon-

cée. Quelques faits récents autorisent à penser que les violences exercées sur la prostate hypertrophiée favorisent la manifestation de l'affection cancéreuse. On sait d'ailleurs que les plaies et les ulcérations long-temps baignées par l'urine ont une certaine tendance à prendre ce caractère. Les fistules périnéales, entre autres, en fournissent la preuve. Un fait remarquable sous ce rapport s'est présenté en 1832, à l'Hôtel-Dieu de Paris : à la suite d'un dépôt urineux ouvert spontanément resta une fistule dont l'orifice et le trajet se convertirent, au bout de dix-huit mois, en un ulcère cancéreux ; l'urètre était obstrué, et le malade fut considéré comme incurable. » (Civiale, *lieu cité*, p. 447.)

Quant aux *caractères anatomiques*, les deux cas suivants nous tiendront lieu de description ; c'est à peu près les seuls un peut nets qu'on possède, et il est impossible d'établir des généralités sur deux faits.

« Quoique j'aie vu beaucoup d'affections de la prostate, je n'ai encore rencontré le cancer qu'un petit nombre de fois : chez un homme, entre autres, qui mourut dans le service des calculeux, peu de temps après son admission, sans avoir subi aucun traitement, et avant même qu'on eût eu le temps de déterminer la nature de sa maladie. Les reins étaient fortement hypertrophiés, mais sans désorganisation manifeste, sans collections purulentes. Leur substance, jaune et ferme, ressemble, pour la couleur, à celle des foies qu'on appelle gras. La partie de l'urètre embrassée par la prostate était détruite par une ulcération profonde, et la glande elle-même envahie par un vaste cancer, qui en avait détruit le corps, d'avant en arrière, dans toute son étendue. Il ne restait à l'état glanduleux, mais avec induration du tissu, que l'extrémité antérieure des lobes latéraux et quelques points de la circonférence. De là résultait une cavité, au-devant de la vessie, capable de contenir un petit œuf. La surface de cette vaste ulcération était inégale, bosselée et d'une couleur lardacée. Les tissus superficiels étaient réduits à l'état de putrilage et de pulpe molle en dessous. Plus profondément encore ils conservaient un peu de l'apparence normale. La partie du corps de la prostate qui recouvre le trigone vésical était cancéreuse aussi. Le trigone n'avait point été atteint ; vu du côté de la vessie, on eût dit qu'il recélait un abcès. La vessie ne présentait non plus que des parois peu hypertrophiées et une légère phlogose de sa membrane interne. On y découvrit une pierre aplatie, longue de quinze lignes sur treize de large et neuf d'épaisseur, fort remarquable par sa couleur, et dont j'ai donné la figure dans le Traité de l'affection calculeuse.

» Ce cas confirme pleinement ce que tant d'autres déjà avaient bien établi, savoir : 1° que l'absence du col de la vessie n'est point nécessairement cause de la sortie involontaire des urines, car le malade pouvait retenir les siennes ; 2° que les lésions de la prostate, même les plus graves, les plus avancées, ne produisent pas de symptômes propres à les faire reconnaître, car rien ici ne peut porter à penser que les organes urinaires fussent dans un pareil état de délabrement. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, IIe partie, p. 444.)

Dans l'observation que nous allons rapporter, le tissu encéphaloïde se rencontre dans une de ses formes les plus curieuses, avec des épanchements apoplectiques.

Obs. 1. « *Cancer de la prostate et de l'estomac.* Au mois de mai 1839 il est entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, un vieillard de soixante-dix ans, d'une taille moyenne, d'une constitution détériorée, et dans un état de maigreur très-grande. Cet homme, d'une intelligence obtuse, répondait vaguement aux questions que je lui fis, et il me fut impossible de savoir quelque chose d'exact sur les antécédents de sa maladie : il se plaignait d'uriner difficilement, et faisait remonter cette difficulté à dix-huit mois ; les urines étaient peu abondantes, sales, bourbeuses, et, vers le dernier temps, elles présentèrent une coloration noirâtre, qui me fit croire à la présence d'une certaine quantité de sang. Il n'avait jamais eu dans le cours de son existence aucune maladie du côté des voies urinaires.

» Pendant les deux premiers jours de

son entrée à l'hôpital, il fut simplement traité par les émollients (bains tièdes, cataplasmes sur l'hypogastre, tisanes légèrement diurétiques). Le troisième jour, je le sondai, et bien que je crusse être arrivé dans la vessie, il ne sortit pas d'urine. M. Breschet pratiqua aussi le cathétérisme, pénétra dans une cavité dont on sentait parfaitement les parois, en communiquant de légers mouvements de rotation à la sonde, et quoiqu'il ne sortît pas d'urine, il crut être dans la vessie, dont il supposait les parois affaissées. Quelques jours après, le malade tomba dans une prostation très-grande; il mourut treize jours après son entrée.

» A l'autopsie, faite trente-six heures après la mort, je trouvai la vessie médiocrement distendue par une urine noirâtre, et empruntant bien évidemment sa colorisation à une certaine quantité de sang dont j'indiquerai plus bas la source. Les parois de la vessie étaient épaisses; sa muqueuse avait une coloration ardoisée, et dans deux points différents, elle était soulevée par un peu de pus tendant à quitter l'état liquide, la prostate avait le volume d'un œuf d'autruche, et était entièrement dégénérée en cancer; elle présentait, et cela au plus haut degré d'évidence, tous les caractères du tissu encéphaloïde ramolli, ce qui fut parfaitement constaté par plusieurs personnes, entre autres par M. Letenneur, membre de la Société anatomique. Dans l'un et dans l'autre lobe de la prostate, existait un foyer sanguin, tout à fait semblable à ceux qu'on rencontre dans le cerveau, dans le cas d'apoplexie : de ces deux foyers, celui du côté droit aurait pu contenir deux grosses noix dans son intérieur; l'autre, plus petit, communiquait par un petit pertuis avec la cavité de la vessie, qui, dans toute la partie avoisinant la prostate, était aussi dégénérée. Ces deux foyers renfermaient du sang en caillots dont la coloration noire et la faible consistance attestaient le peu d'ancienneté; leurs parois étaient inégales, légèrement anfractueuses, déchiquetées, tout à fait semblables à un foyer sanguin qui vient de se former dans le cerveau. Ces deux foyers communiquaient entre eux par un petit conduit transversal, passant au-dessous d'une espèce de pont. Le canal de l'urètre, dans cet endroit, n'existait plus, à proprement parler. C'était une bouillie molle, pulpeuse, à travers laquelle la sonde s'était frayé une fausse route qui aboutissait au plus grand foyer; ce qui explique pourquoi le cathétérisme, tout en faisant croire à l'entrée de la sonde dans la vessie, n'a pas donné lieu à l'évacuation de l'urine. Il existait encore un cancer encéphaloïde ramolli, occupant une partie de la petite courbure de l'estomac, et se présentant sous la forme d'un champignon. Le malade ne s'était pas plaint de l'estomac, et jusque dans les derniers temps, ses digestions se faisaient bien. Quelques tubercules pulmonaires complétaient ce que j'ai trouvé à l'autopsie de cet homme.

» Ici point de doute : la prostate était convertie en substance encéphaloïde, et chacun sait ce qu'on entend aujourd'hui par ce mot; on sait que des foyers sanguins se produisent souvent dans cette substance; et d'ailleurs, ce cancer de l'estomac nous est une preuve que le malade se trouvait sous l'influence d'une diathèse cancéreuse. Mais, je le répète, c'est le seul fait bien avéré de ce genre que je connaisse. » (Mercier, *Recherches sur les maladies des organes urinaires et génitaux, considérées spécialement chez les hommes âgés*, p. 169.)

Les *symptômes* du cancer de la prostate se rapprochent beaucoup de ceux de son hypertrophie et de son inflammation chronique : pesanteur, douleur au périnée, peut-être élancements, difficulté d'uriner, urines bourbeuses, sanguinolentes, etc. Quelquefois, ainsi que dans le cancer de la vessie, il pourra s'écouler par la sonde de la matière encéphaloïde reconnaissable. Ajoutez à cela les symptômes généraux de l'infection cancéreuse, et vous aurez autant que possible complété le tableau de l'affection.

On sent toute la difficulté du diagnostic; la tumeur sera en général facilement reconnue, mais sa nature? elle ne pourra se révéler que par les hémorrhagies fréquentes, par des élancements, par la présence de ces matières cérébriformes dans l'urine; dirons-nous que les symptô-

mes de la diathèse cancéreuse viendraient confirmer les autres renseignements?

Voici un fait qui montre combien les signes de cette affection peuvent être obscurs, et une disposition remarquable de l'orifice interne de l'urètre qui avait sans doute contribué à empêcher de reconnaître la maladie dont l'influence fut la principale cause de la mort.

Obs. 2. « Un homme de cinquante-quatre ans, d'une constitution autrefois forte, mais détériorée par de longues souffrances, entra dans le service des calculeux en 1837. Depuis trente ans il était graveleux; ses urines avaient été sanguinolentes à diverses reprises; il avait souffert et il souffrait encore dans les reins; l'émission de l'urine était depuis long-temps difficile, douloureuse, le liquide, trouble, fétide, déposait d'abondantes mucosités. L'état de ce malade s'était aggravé depuis cinq mois; les douleurs, qui jusqu'alors lui permettaient de vaquer à ses affaires, finirent par le retenir au lit presque constamment. On l'avait sondé à plusieurs reprises, sans rencontrer de corps étranger dans sa vessie. Je n'eus cependant pas de peine à m'assurer, par le cathétérisme ordinaire, qu'il portait un calcul vésical, et même assez gros. Les conditions étaient si peu favorables que je m'abstins de toute opération, et la mort ne tarda pas à survenir. Il y avait dans la vessie un calcul mural, de la grosseur d'un œuf de pigeon. Le moyen lobe de la prostate, du volume d'un œuf de poule, faisait une saillie considérable à l'angle antérieur du trigone vésical. En avant, cette tumeur s'étendait jusqu'à la partie membraneuse de l'urètre, et présentait une large excavation, qui se prolongeait en arrière dans l'étendue d'un pouce et demi à deux pouces. Du reste, la prostate était désorganisée et ramollie en cet endroit, d'où, par la pression, s'échappait une substance cérébriforme. » (Civiale, *lieu cité*, p. 446.)

Le pronostic du cancer de la prostate est plus grave que celui de beaucoup d'autres organes dont il ne trouble pas les fonctions d'une manière profonde. Ici le désordre qu'il occasionne dans l'excrétion urinaire ajoute à son caractère fâcheux.

Le traitement consiste à prévenir le mal si on le peut, en traitant soigneusement les affections de la glande dont il est une dégénérescence, à rétablir par des sondes l'excrétion de l'urine, à calmer la douleur par des opiacés, etc.

CHAPITRE III.

MALADIES DE L'URÈTRE.

ARTICLE PREMIER.

Vices de conformation de l'urètre.

La plupart des auteurs ne nous avaient laissé que peu de chose sur les vices de conformation de l'urètre; ceux qui étaient restés le moins incomplets à cet égard avaient traité le sujet sans ensemble, sans méthode. Chopart lui-même, qui, sur les autres points des maladies des voies urinaires, avait condamné ses successeurs à l'analyser ou à le copier, n'avait presque rien fait pour les anomalies de l'urètre. M. Vidal de Cassis a comblé cette lacune, et l'article qu'il a publié dans son *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, t. v, p. 245, est un véritable mémoire sur la matière. Il ne laisse non plus que l'alternative de le résumer ou de le reproduire; nous ferons l'un et l'autre, en donnant des faits, que le plan de son livre ne lui permettait que d'indiquer.

A l'exemple du chirurgien de l'hôpital du Midi, nous examinerons successivement la pluralité de l'urètre, son absence totale ou partielle, ses oblitérations et ses rétrécissements congénitaux, et enfin ses déviations.

a. *Urètre double.* Y a-t-il des urètres doubles? Telle est la question que pose M. Vidal, et il établit que les faits ne permettent pas de la résoudre. Fabrice de Hilden avait donné une observation intitulée *De duplici urinario* (*Observat. chirurg.*, cent. I), mais, « en analysant ce fait avec grand soin, il reste démontré que le sujet avait deux ouvertures au gland; mais rien ne prouve l'existence de deux urètres. C'est donc une simple assertion de Fabrice qui a été prise pour un fait établi par beaucoup d'auteurs,

entre autres par MM. Belmas, Lisfranc, et même par M. Velpeau. Remarquez bien que l'existence de deux ouvertures au gland suppose une perversion moins considérable des lois de formation que le fait de deux urètres. » (Vidal de Cassis, *loco cit.*, p. 246.)

Vésale dit bien qu'un jeune homme de sa connaissance a deux ouvertures au gland, l'une pour la semence, l'autre pour l'urine.

Mais cet anatomiste a-t-il été témoin de ce phénomène, ou est-ce sur la foi de son jeune homme qu'il rapporte le fait; voilà ce qui n'est pas écrit dans l'observation. Cependant je dois faire remarquer, dit M. Vidal, que Vésale savait se prémunir contre le merveilleux, et qu'il rapporte cette observation après avoir fortement critiqué les Arabes sur leur ignorance en anatomie. Ceux-ci considéraient la verge comme formée de trois canaux excréteurs : un pour l'urine, le second pour le sperme, et le dernier pour l'humeur prostatique. Vésale démontre alors que le pénis est composé de trois cylindres, mais dont un seulement est creux...

« Chez le sujet de Vésale, peut-être l'urètre était-il complétement séparé de la prostate, peut-être cette glande avait-elle conservé ses rapports naturels avec les canaux éjaculateurs, et de leur jonction avec les excréteurs prostatiques était-il résulté un conduit qui, au lieu de s'ouvrir plus ou moins en avant de l'urètre, s'était prolongé jusqu'au gland pour se créer un méat particulier. Mais il convient d'appeler de nouveaux faits, afin de donner quelque poids à cette opinion; et ces faits, on ne devra les accepter qu'après une sévère investigation : car l'erreur est si facile, surtout quand il s'agit d'anomalies ! » (Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, t. V, p. 249.)

M. Tanchou (Velpeau, *Anatomie chirurg.*, t. II, p. 279) dit avoir vu l'urètre passer tout à fait au-dessous de la prostate. Si l'autopsie de ce cas eût été bien complète, bien authentique, il compléterait lui-même celui de Vésale, puisque dans l'un on aurait le phénomène physiologique, et dans l'autre la disposition anatomique. Mais M. Tanchou ne parle ni de disposition des canaux éjaculateurs, ni des conduits prostatiques.

Il importe de bien se tenir en garde contre ces dispositions contre nature qu'on se sent porté à admettre par cet intérêt qu'inspirent les choses extraordinaires. Deux observations, rapportées par M. Monod, sont bien propres à garantir de cette illusion, en montrant combien quelquefois elle peut être facile. En faisant une autopsie, M. Monod introduit une sonde élastique de gros calibre, mais au moment de pénétrer dans la vessie, il est arrêté par un obstacle invincible.

« Je fendis le canal sur la sonde, dit-il, afin de m'assurer de la nature de l'obstacle, et fus très-étonné de voir que le gros canal dans lequel se trouvait la sonde, se terminait en cul-de-sac entre le rectum et la prostate. Cette fausse route, *car c'en était une*, offrait le diamètre de l'urètre, et était tapissée par une membrane de nature muqueuse parfaitement organisée. *Elle communiquait librement avec l'orifice du gland;* en examinant avec soin la paroi supérieure de ce canal, je remarquai à l'entrée de la fosse naviculaire une ouverture qui pouvait à peine admettre l'extrémité d'une sonde du plus petit calibre; c'était l'orifice de communication avec le véritable urètre, qui, incisé par la paroi supérieure, ne me présenta pas d'altération notable. Il était brusquement rétréci au niveau de l'orifice de communication avec la fausse route. » (Monod, *Société anatomique*, XXIVe Bulletin.)

Supposez que cette fausse route eût été rejoindre l'urètre près du col, comme cela s'est vu, et la méprise eût été facile pour un observateur superficiel.

Dans le second cas, rencontré par M. Monod, il y avait encore deux canaux qui longeaient la verge parallèlement; mais le canal anormal était très-superficiel; il passait immédiatement sur le raphé du pénis, sur celui des bourses et perçait obliquement le périnée pour aller s'ouvrir dans le rectum, qui était d'ailleurs imperforé : c'était une sorte de diverticulum du gros intestin, ainsi que le prouvent les matières auxquelles il livrait passage. (Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain.*)

» Baillie a vu un fait qui a de l'analogie avec le premier de M. Monod : il y avait également deux canaux, un s'ouvrait à la base du gland, l'autre au sommet. « Celui-ci, dit Baillie, se terminait en cul-de-sac à l'autre extrémité, sa longueur était de deux pouces. Je ne puis rien affirmer sur la rareté ou la fréquence de cet état contre nature, qu'on doit regarder comme un vice de conformation, et non comme une maladie. » (Baillie, *Anatomie pathologique*, traduct. de Fenoll, p. 336.)

Ce fait était peut-être le commencement de celui de Vésale; ce canal, de deux pouces de long sous-jacent à l'urètre, ne peut-il pas être considéré comme le rudiment d'un conduit excréteur commun à la prostate et à l'appareil spermatique ?

Quoi qu'il en soit, on ne peut rejeter ni admettre d'une manière absolue l'existence d'un urètre double, elle reste problématique.

b. *Absence totale ou partielle de l'urètre.* Ainsi que le fait observer M. Vidal de Cassis, l'urètre est plus exposé à manquer chez la femme que chez l'homme, parce que chez elle il ne sert qu'à l'excrétion de l'urine, tandis que chez l'homme, en le supposant la conséquence d'un arrêt de développement dans les organes urinaires, sa formation pourrait encore être gouvernée par celle des testicules, des vésicules séminales et de la prostate, dont il doit porter les produits au dehors. Cette théorie, comme toutes celles qui sont logiques, est confirmée par les faits ; l'urètre manque plus souvent chez la femme que chez l'homme. Cependant, même dans le sexe, c'est encore une anomalie extrêmement rare, puisque les deux faits les plus concluants que la science possède sont les suivants : ils appartiennent à J.-L. Petit.

« J'ai vu, dit ce chirurgien, une fille, à l'âge de quatre ans, qui était venue au monde n'ayant ni urètre, ni nymphes, ni clitoris ; elle avait un vagin assez large ; mais n'ayant point d'urètre, ou du moins la partie de ce canal où se trouve le sphincter manquant, elle rendait involontairement ses urines ; j'en ai vu une autre qui avait tout l'extérieur de la vulve, le clitoris, les nymphes et les grandes lèvres bien conformés, mais à qui il manquait tout l'urètre et le col de la vessie ; elle rendait ses urines à l'entrée du vagin, par un trou assez large pour y mettre le petit doigt. » (J.-L. Petit, *Œuvres chirurgicales*, t. III, p. 122.)

Ces courtes observations laissent à regretter bien des détails, peut-être nécessaires pour porter dans l'esprit une entière conviction. La disposition contre nature est indiquée à grands traits suivant l'habitude de ce maître illustre, mais aussi, suivant son habitude, elle n'est qu'esquissée.

« Chez l'homme, l'absence complète de l'urètre est plus rare, à cause de la combinaison de l'appareil urinaire avec celui de la reproduction. On en possède cependant des exemples. P. Borelli (*Observations médicales*, observat. XIX) parle d'une extrophie de la vessie avec division de la verge sur la ligne médiane ; il dit très-explicitement que l'urètre manquait tout à fait. Quand ce canal ne manque que partiellement, c'est en général sur les points opposés à la jonction des deux appareils. Par exemple, dans l'extrophie de la vessie, c'est la partie supérieure de l'urètre qui n'a pas été complétée ; le plus souvent la paroi inférieure est intacte, parce qu'elle correspond aux canaux éjaculateurs et aux excrétions de la prostate. Pinel cite un cas où la paroi supérieure manquait totalement, l'inférieure était conservée, le verumontanum était intact ; on put sonder les canaux éjaculateurs et constater la présence des conduits prostatiques (*Mémoires de la Société médicale d'émulation*, t. IV). L'hypospadias est beaucoup plus fréquent vers le voisinage du gland ; il s'arrête ordinairement là où commence l'urètre de la femme, et son extension vers la portion prostatique suppose une grave infraction aux lois qui règlent le développement des organes reproducteurs et la terminaison de l'appareil digestif. » (Vidal de Cassis, t. V, p. 251.)

Nous n'insistons pas sur ce point, qui a été déjà traité dans l'article EXTROPHIE DE LA VESSIE.

L'absence incomplète de l'urètre offre trois variétés : dans la première, l'urètre

s'ouvre à la racine du frein, au niveau de la fosse naviculaire. Dans la seconde espèce l'urètre est ouvert dans un des points intermédiaires à la fosse naviculaire et au scrotum. Dans la troisième le scrotum est divisé longitudinalement en manière de vulve. Cette agénésie partielle de l'urètre, comprenant ces trois variétés, porte le nom d'*hypospadias*.

La première espèce n'est pas rare. Elle coïncide avec une oblitération du méat urinaire. Cette dernière disposition est sans doute la plus générale; mais elle n'est pas sans exception, puisque M. Vidal de Cassis a vu dans ce cas non pas seulement un méat, mais deux (Vidal de Cassis, *loco cit.*, t. v, p. 247). Quoi qu'il en soit, l'ouverture, ordinairement unique, qui montre à nu la paroi supérieure de la fosse naviculaire, est de forme ovale, de grandeur variable, mais toujours suffisante pour l'issue de l'urine et du sperme. Bordée d'une peau mince, elle ressemble à une cicatrice enfoncée, comme celle qui résulte de la guérison d'un ulcère. Suivant Boyer, lorsque le gland est perforé au méat, les deux ouvertures ne communiquent point ensemble et l'urine ne sort que par celle qui est anormale. Dans le cas déjà cité de M. Vidal, les orifices étaient communiquants; ordinairement l'urine ne sortait que par celui qui était percé dans la paroi inférieure de l'urètre; mais quand ce liquide était poussé avec force, il se partageait entre les trois ouvertures, ce qui est la preuve physiologique de leur communication.

Le frein n'existe point alors, ainsi que la partie inférieure et correspondante du prépuce. L'urine et le sperme, au lieu d'être lancés parallèlement à la verge, le sont perpendiculairement à l'axe de cet organe, ce qui n'est qu'un désagrément quant à l'excrétion urinaire, mais ce qui est plus sérieux sous le rapport de la liqueur séminale. Effectivement, elle n'est pas lancée dans la direction du museau de tanche, comme dans l'état normal. Fabrice d'Aquapendente (*De chirurg. operat.*, cap. 69), les *Ephémérides des curieux de la nature* (déc. an 3, obs. XCVIII, p. 155) citent bien des faits où cependant la faculté procréatrice n'aurait point été entravée par ce vice de conformation; où elle n'aurait point empêché les sujets de devenir pères. Malgré la difficulté d'une observation rigoureuse dans ce cas, malgré la délicatesse de la question, nous sommes porté à la résoudre dans le même sens, par analogie d'abord, mais surtout par ce que nous avons pu voir. Néanmoins nous n'oserions nous prononcer nettement.

Pour remédier à cette disposition, on a proposé de boucher l'ouverture anormale par un lambeau autoplastique, et de créer le méat par une incision maintenue béante par une canule, pendant le temps de la cicatrisation. Quand le méat existe naturellement, il est bien entendu que la seconde opération est inutile. Boyer rejette toute tentative à cet égard. Il suffit, dit-il, d'avoir indiqué ces opérations pour en faire sentir les inconvénients et l'insuffisance. Cette proscription nous paraît trop sévère. S'il se présentait un sujet atteint d'hypospadias avec perforation communiquant au gland, et bien convaincu de l'impossibilité de devenir père, malgré la difficulté de l'autoplastie dans cette région, ne serait-il pas rationnel de l'essayer? Et s'il fallait créer artificiellement le méat, la parfaite organisation des fausses routes et leur peu de danger dans ce point, n'encourageraient-ils pas à chercher à guérir une si triste infirmité?

Lorsque la verge est en même temps inclinée en-dessous, ou recourbée en bas, il n'en est plus de même. Il n'est pas probable qu'après la dissection l'organe puisse se redresser, parce que la partie inférieure du corps caverneux doit être affectée d'une brièveté primitive ou acquise, comme l'a prouvé une opération pratiquée contre l'opinion de J.-L. Petit. Le pénis, quoique entièrement séparé du scrotum, conserva son incurvation vicieuse, qui résista à tous les efforts que la prudence permit de diriger contre elle.

Voilà pour l'hypospadias qui correspond à la fosse naviculaire.

Dans la seconde espèce, c'est-à-dire dans celle où l'urètre s'ouvre dans un des points intermédiaires à la fosse naviculaire et au scrotum, la verge est atro-

phiée dans tous les sens, elle est grêle et courte. Le frein et la partie correspondante du prépuce manquent ainsi que dans les précédentes variétés. Ce qui existe de ce repli ressemble au prépuce du clitoris. Quelquefois même le prépuce manque entièrement, et le gland est toujours et absolument à découvert. On lit dans les *Mém. de la Société médic. d'émulat.*, 4e année, p. 333, un cas où l'urètre présentait deux ouvertures : l'une, voisine du gland, avait de 10 à 12 millimètres de diamètre; l'autre, plus rapprochée du scrotum, était encore plus large. L'urine sortait par ces deux orifices et faisait bomber en dehors une membrane qui obstruait le méat. A partir de l'orifice unique, ou de l'orifice le plus rapproché du gland quand il y a deux ouvertures, la face inférieure des corps caverneux offre une gouttière, qui se termine à l'extrémité du gland.

La longueur de cette gouttière varie. Dans un cas consigné par Vallisnieri dans les *Ephémérides des curieux de la nature* (cent. 9, obs. LXXII) elle était formée par la moitié supérieure de l'urètre; sa surface était lisse et luisante. Chose remarquable, et qui tenait sans doute à une disposition favorable et particulière de l'orifice anormal, quand la verge était un peu relevée, l'urine suivait la gouttière jusqu'au bout du gland, presque comme si elle avait parcouru un canal complet; en sorte que le sujet pouvait pisser contre un mur. On comprend que le sperme ait suivi la même route, et que le jeune homme se soit essayé avec succès aux fonctions conjugales. Il épousa la femme qui s'était conditionnellement soumise à ces épreuves. Il est d'autant plus heureux qu'elles aient réussi que le chirurgien ne peut rien contre un pareil vice de conformation.

Cette rigole, qui séparait l'ouverture anormale de l'urètre de l'extrémité du gland, peut être remplacée par un canal complet avec oblitération du méat, en sorte que l'urètre est perforé là où il devrait être fermé et fermé là où il devrait être ouvert. La science ne possède encore qu'un seul exemple de cette disposition et l'observation ne dit point quelle en était l'influence sur l'acte générateur. Ce fait a été recueilli par Marestin, chirurgien en chef de l'hôpital de l'île d'Oléron, et consigné dans le *Recueil périodique de la Société de médecine*, t. VIII, p. 116; le voici :

OBS. 1. « Un nommé Schmit, fusilier, âgé de trente-quatre ans, portait depuis sa naissance une perforation de l'urètre située au périnée, et par laquelle sortaient l'urine et la semence. Le gland était imperforé. Pour reconnaître la nature de ce vice de conformation, M. Marestin introduisit par l'ouverture un stylet boutonné qu'il dirigea en arrière et qu'il fit pénétrer sans peine dans la vessie. Portant ensuite le même stylet dans la partie antérieure de l'urètre, l'instrument parvint jusqu'à l'extrémité du gland, qui était formée par une membrane épaisse comme une pièce de vingt-quatre sous. Cet état de chose bien reconnu, M. Marestin se décida à opérer.

» Le malade fut mis dans la situation indiquée pour l'opération de la taille; alors M. Marestin, à l'aide d'un stylet boutonné porté dans l'urètre, souleva la membrane qui fermait le gland, et fit à cet endroit une ouverture semblable à celle qui doit naturellement exister. Fixant ensuite son attention sur la division contre nature du périnée, il en aviva les bords, plaça dans la vessie une sonde d'argent en S, et tint les lèvres de la division rapprochées par une suture entortillée semblable à celle qui est en usage pour le bec-de-lièvre. Au bout de six jours la cicatrice parut achevée, et les aiguilles furent ôtées. Mais la sonde, qu'on avait laissée dans la vessie jusqu'à ce moment, n'en put être retirée sans de vives douleurs et sans déchirer une partie de la cicatrice encore mal affermie. Des incrustations formées à l'extrémité de la sonde avaient donné lieu à ces accidents. Une nouvelle sonde fut introduite, avec le secours de deux saignées, d'une diète sévère, de l'usage de boissons délayantes nitrées, et de fomentations émollientes; la cicatrice se consolida complétement, et il ne restait d'autre désordre qu'un rétrécissement de l'urètre à l'endroit de la cicatrice : rétrécissement qui céda avec le temps à l'usage des bougies. »

Dans la troisième espèce d'hypospadias le scrotum est partagé en deux parties égales, l'une à droite et l'autre à gauche, en forme de vulve; mais en écartant les deux lèvres de cette fente, on ne voit aucune inégalité, rien qui représente les organes de la femme, ni clitoris, ni nymphes, ni ouverture du vagin. A la partie inférieure de cette fausse vulve, près de l'anus, se trouve le méat urinaire; l'urètre manque depuis cette ouverture jusqu'à l'extrémité de la verge. La verge, située au-dessus du scrotum, est plus ou moins grande, bien ou mal configurée; le gland est en général informe, imperforé et assez semblable à un clitoris d'un volume excessif. Le frein existe dans quelques cas, ainsi que le prépuce. On distingue parfois dans chaque moitié du scrotum un testicule d'une grosseur variable et placé près de l'anneau inguinal. L'excrétion de l'urine se fait comme chez les femmes; la plupart des sujets qui naissent avec ce vice de conformation sont baptisés et élevés comme des filles, jusqu'à ce que les instincts de la virilité se manifestent. Il arrive qu'ayant contracté les habitudes du sexe, ils les conservent; et il faut bien se garder de leur enlever cette illusion, ainsi que le recommande M. le professeur Marjolin, qui a rencontré un cas de ce genre. La question est quelquefois si peu claire, que les sujets participant aux formes extérieures des organes génitaux des deux sexes, ont été considérés comme des êtres mixtes appelés d'un nom qui réveille cette idée complexe, hermaphrodites.

L'espèce humaine ne connaît pas d'autre hermaphrodisme : ceux qui offrent cette anomalie, au lieu de jouir comme dans certain groupe de la série animale, des deux facultés d'engendrer et de concevoir, sont privés de l'une et de l'autre; ce sont des êtres neutres. Pas besoin de dire que l'art ne peut rien contre leur triste condition, dont voici un exemple :

Obs. 2. « Nous avons observé ce même vice de conformation chez un garçon de quinze ans, natif de Reims, qui s'est présenté à l'Académie de chirurgie, le 21 février 1788. Ce garçon a été baptisé et élevé comme fille, et en a porté l'habit jusqu'à la fin du mois de janvier précédent, qu'il a commencé à éprouver les effets de sa qualité d'homme. Quelques personnes l'ont pris pour hermaphrodite; et des peintres, frappés de sa nature, de ses formes et de ses proportions, ont cru retrouver dans ce sujet un modèle de quelques-unes des figures antiques d'Hermaphrodites. Sa taille était de quatre pieds huit pouces. Sa physionomie approchait de celle d'une fille, ainsi que sa voix; ses yeux avaient plus de vivacité que ceux d'un garçon du même âge. On apercevait à son menton quelques poils déliés et noirs qui annonçaient de la barbe. La forme de sa poitrine avait de la ressemblance avec celle d'une fille. La région des mamelles était mieux dessinée que chez l'homme; et il s'y trouvait plus d'embonpoint qu'on n'en remarque aux garçons du même âge, et que n'en comportait d'ailleurs le reste du corps du sujet. Le corps glanduleux des mamelles était petit, et l'aréole, ainsi que la papille, sans aucun développement. Les clavicules paraissaient moins courbées qu'elles ne le sont dans les garçons. Le bassin semblait tenir de celui de l'homme, quoique la région lombaire fût plus enfoncée et plus cambrée qu'on ne l'observe communément : les hanches s'élevaient plus perpendiculairement que dans les femmes; la crête des os des iles était plus courbe, plus convexe en dehors, et l'épine antérieure plus rentrante : la distance des épines d'un côté à l'autre était de sept pouces une ligne; la largeur du bassin mesurée de la convexité la plus marquée de la crête des os des îles, de huit pouces huit lignes; son épaisseur prise du milieu du pubis extérieurement à la partie postérieure et supérieure du sacrum, de six pouces cinq lignes. Les cuisses, les genoux et les jambes étaient arrondis comme ceux des femmes. La région du pubis était assez saillante, et commençait à se couvrir de poils. Deux protubérances formées par les téguments, et longues de quatre pouces, prenaient naissance du pubis et des côtés de cette région; elles descendaient parallèlement en forme de grandes lèvres de la vulve

vers l'anus, laissant entre elles un large sillon. Leur surface était grenue et superficiellement sillonnée, comme l'est celle du scrotum : on distinguait dans leur épaisseur et un peu au-dessous de l'anneau inguinal de chaque côté, les testicules. De la partie inférieure du pubis descendait un corps allongé, de la forme d'une verge humaine. Ce corps, situé dans le sillon de deux protubérances dont il a été fait mention, était légèrement recourbé sur lui-même, et convexe au-dessus ; il avait deux pouces de longueur et deux pouces huit lignes de circonférence lorsqu'il se retrouvait dans l'état de flaccidité. Il se roidissait un peu lorsqu'on le titillait, et cependant il ne se relevait pas entièrement. Il était terminé par un gland bien conformé, mais ce gland n'était pas percé ; on remarquait seulement à son extrémité une dépression superficielle, qui indiquait le lieu où devait être le méat urinaire. Les téguments qui recouvraient la verge formaient un prépuce retiré et plissé sur la couronne du gland. Le frein se remarquait à la base du gland, il était très-gros et long de quinze lignes ; sur sa crête régnait un sillon superficiel du côté du gland, mais profond et large en bas, où il formait une gouttière qui aboutissait à une ouverture un peu oblongue et dont les bords élevés et de couleur rougeâtre avaient quelque apparence des deux petites lèvres de la vulve. De cette ouverture on voyait jaillir les urines lorsque le sujet les évacuait : c'était donc l'extrémité du canal de l'urètre. Entre cette ouverture et la marge antérieure de l'anus était le périnée, ou un espace de l'étendue de dix-huit lignes. Nous n'avons senti, avec le doigt enfoncé profondément dans l'anus, aucun corps qui annonçât l'existence de la prostate. Ce garçon s'est refusé avec opiniâtreté à l'introduction d'une sonde dans le conduit urinaire. Nous avons observé, quand il urinait : 1° que le corps de la verge se gonflait et se roidissait un peu avant que les urines sortissent de l'urètre, ce qui arrivait, selon le témoignage de cet individu, toutes les fois qu'il sentait vivement le besoin d'uriner ; 2° que le jet de l'urine était proportionné au calibre de l'ouverture de l'urètre, et qu'il se dirigeait constamment vers le gland. Ce garçon n'avait pas d'incontinence d'urine. Il a assuré qu'il avait beaucoup de penchant pour les femmes, qu'à la suite de longs attouchements sur le corps de la verge, il se faisait une émission de liqueur blanche par l'ouverture urinaire, et que cette éjaculation était accompagnée de beaucoup de volupté. » (Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires,* t. II, p. 290.)

c. *Oblitération de l'urètre.* L'oblitération complète de ce canal est extrêmement rare. M. Ségalas dit à la page 62 de son *Traité des rétentions d'urine*, que « M. Jules Cloquet a vu chez un nouveau-né l'urètre oblitéré à sa partie moyenne dans l'étendue d'un pouce. » Mais le plus souvent l'oblitération n'existe qu'au méat, et il suffit d'écarter les deux lèvres de cet orifice pour rompre la mince fausse membrane qui l'obture, la plupart du temps même, d'une manière incomplète.

A l'article des vices de conformation de la vessie, nous avons cité les cas de Chabrol, de Littre, etc., où l'oblitération de l'urètre coïncidait avec la perméabilité et l'ouverture de l'ouraque à l'ombilic ; nous ne devons pas revenir sur ces faits. Nous devons encore moins parler des oblitérations accidentelles de l'urètre, qui seront traitées ailleurs.

d. *Changements dans la forme de l'urètre.* Outre les variations normales que présente l'urètre sous le rapport de sa dimension et surtout de sa longueur, il en est qui sont de véritables vices de conformation ; par exemple, l'étroitesse et la dilatation primitives du canal. Chopart parle (*Traité des maladies des voies urinaires*, t. II, p. 294) de rétrécissements congénitaux tels qu'*un stylet peut à peine y passer*.

La fosse naviculaire n'existe point dans certains cas, le calibre de la portion spongieuse de l'urètre est partout uniforme.

D'autres fois, au contraire, cette fosse est exagérée, dilatation qui peut coïncider avec celle du méat, et cette dernière condition prédispose singulièrement, suivant M. Vidal de Cassis, à la contagion

vénérienne. Chez d'autres sujets, l'orifice du canal a sa dimension naturelle, et il peut arriver dans cette circonstance que l'urine, le sperme et surtout la matière calculeuse y séjournent lors de leur passage par l'urètre, surtout si le méat est rétréci.

Il existe parfois au niveau du bulbe une dilatation en cul-de-sac, dont il est bon d'être prévenu pour le cathétérisme.

M. Lisfranc parle (*Thèse de concours pour l'agrégation*) d'un sinus sur la partie antérieure du verumontanum, sinus assez large pour recevoir le bec d'une sonde. Ce chirurgien a constaté, avec MM. Amussat et Velpeau, une dépression de chaque côté de la crête urétrale. M. Vidal de Cassis a rencontré la même dépression, mais d'un côté seulement.

Langenbek, MM. Lisfranc et Velpeau ont vu deux replis du verumontanum former, en se prolongeant du côté de la vessie, deux espèces de valvules.

M. Carron du Villards a montré à M. Vidal de Cassis une pièce sur laquelle on pouvait voir un uretère venant déboucher sur la limite qui sépare le col de la vessie de la portion prostatique de l'urètre. Malgré la situation de cet orifice, qui le plaçait en dehors du sphincter vésical, il n'y avait point eu de rétention d'urine. M. Vidal fait remarquer que le bec de la sonde, enfilant l'ouverture de cet uretère, aurait pu cheminer long-temps dans ce conduit et exposer le chirurgien à de singuliers mécomptes. Ce fait n'est pas unique ; mais heureusement pour la pratique qu'il est d'une grande rareté.

D'autres conduits peuvent s'ouvrir dans l'urètre. Mayer a vu un vagin rétréci traverser la prostate et aboutir à l'urètre.

M. Bouillaud a observé une anomalie aussi rare que curieuse; le sujet avait toutes les apparences extérieures d'un homme, et ses organes intérieurs étaient ceux d'une femme. Voici le fait tel qu'il a été rapporté par M. Bouillaud, et tel qu'il a été lu par ce professeur en séance publique à l'Académie royale de médecine :

Obs. 3. « Le nommé Valmont, chapelier, âgé de soixante-deux ans, veuf, d'une petite stature, buvant habituellement un peu d'eau-de-vie, était affecté d'un choléra algide au plus haut degré, lorsqu'il fut apporté, le 6 avril, dans le service qui nous était confié, à l'hôpital de la Pitié. Il mourut le lendemain.

» Je retrancherai de l'histoire de l'autopsie cadavérique que nous en fîmes, M. le docteur Donné et moi, tout ce qui est étranger au fait de la monstruosité dont le sujet était atteint.

» Comme Valmont paraissait jouir de tous les attributs du sexe masculin au moment où il fut reçu dans notre hôpital, et qu'il avait, en conséquence, été placé dans la salle des hommes, nous ne fûmes pas médiocrement surpris, lorsque les organes de la cavité abdominale eurent été mis à découvert, de rencontrer dans l'excavation pelvienne un utérus bien conformé. Après avoir noté succinctement l'état anormal dans lequel se trouvaient les organes génitaux chez cet individu, je fis conserver dans l'alcool les pièces principales, afin de les décrire plus en détail lorsque l'épidémie, qui régnait alors dans toute sa fureur, nous en laisserait le loisir. La chose nous était surtout impossible ce jour-là ; car, outre Valmont, nous avions six autres cholériques dont il nous fallait pratiquer l'ouverture.

» Sur ces entrefaites, M. Manec ayant désiré examiner les pièces que nous avions conservées, elles lui furent aussitôt remises ; et c'est d'après les notes qu'il a eu la complaisance de nous remettre, que nous allons donner la description de ces pièces.

» M. Manec, dont les profondes connaissances anatomiques sont connues de tout le monde, a, de plus, fait exécuter sous ses yeux de superbes planches représentant les organes décrits. Ce sont les planches qui circulent en ce moment dans les rangs de l'Académie. Voici maintenant la description des organes sexuels de Valmont :

» Dans la région des organes génitaux externes on voit une verge, de grosseur moyenne, terminée par un gland bien conformé, ainsi que le prépuce dont il est recouvert. L'ouverture du méat urinaire, au lieu d'occuper le centre même

du sommet du gland, existe vers la partie inférieure de cette partie.

» Les bourses sont petites, mais d'ailleurs très-reconnaissables ; les téguments qui en forment la partie essentielle, offrent la couleur brune et le froncement qui existent à l'état normal, et sont ombragés de poils : elles sont divisées en deux parties symétriques par un raphé qui s'étend du prépuce à l'anus, et qui paraît un peu plus dur et plus saillant qu'on ne le rencontre ordinairement chez l'homme. Les bourses sont dépourvues de testicules : on n'y rencontre aucuns vestiges de ces organes. Elles ne contiennent qu'un tissu cellulaire lamelleux semblable à celui qu'on trouve dans l'épaisseur des *nymphes*.

» Le pénil, ou mont de Vénus, plus arrondi, plus bombé qu'il ne l'est ordinairement chez l'homme, est hérissé de poils longs, mais médiocrement abondants, et s'avançant sur la verge comme pour la cacher.

» Il existe dans le bassin deux ovaires, semblables par leur forme et leur structure à ceux d'une jeune fille de quinze à seize ans, deux trompes utérines avec leur pavillon et leur petite extrémité s'ouvrant dans l'utérus, comme chez une femme bien constituée. Cet utérus, d'une conformation qui ne laisse rien à désirer, occupe la place accoutumée, entre le rectum et la vessie, et va s'ouvrir dans une espèce de vagin, ainsi qu'il sera dit plus bas. La cavité de l'utérus offre ces rides arborisées que l'on rencontre chez les femmes qui n'ont point eu d'enfant. L'extrémité inférieure de cet utérus ou le *museau de tanche* fait saillie dans le vagin, ainsi que cela se voit dans l'état normal. Ce vagin, long d'environ deux pouces, d'une largeur moyenne, présente à sa face interne, d'une manière très-évidente, les rides nombreuses qu'on y remarque chez les vierges. Parvenu vers le col de la vessie, ce canal se rétrécit assez brusquement et ne forme plus, vers la portion membraneuse de l'urètre qu'un petit conduit qui, se dirigeant de bas en haut, va s'ouvrir, par un orifice d'environ deux millimètres de diamètre, dans l'urètre à travers la paroi inférieure de la portion membraneuse indiquée plus haut ; de telle sorte que l'urètre n'est réellement que la continuation du vagin, dont il vient d'être question. Cet urètre se comporte, d'ailleurs, au delà de ce point de jonction, absolument de la même manière que celui de l'homme. Il en offre tous les caractères, et comme lui se trouve entouré, à son origine, d'une prostate bien conformée. Ce corps glandiforme imprime au canal qui le traverse une configuration semblable à celle qu'il présente dans le sexe masculin, savoir : une saillie ou verumontanum à la paroi inférieure, et deux gouttières latérales dans le fond desquelles on aperçoit les orifices des follicules prostatiques ; mais sur la crête urétrale on cherche vainement la trace de l'ouverture des canaux éjaculateurs. Au delà de la prostate, l'urètre est dépouillé, dans une longueur de huit à dix lignes de tout tissu extérieur. Plus loin, un tissu spongieux avec renflement bulbeux s'ajoute à ce canal, l'accompagne dans tout le reste de sa longueur, et s'épanouit ensuite pour former le gland. Toute cette portion spongieuse est adossée à la face inférieure des corps caverneux, lesquels forts et développés comme chez l'homme, sont munis à leur racine d'un appareil musculaire aussi complet et peut-être plus puissant qu'on ne le trouve ordinairement encore chez l'homme. Les muscles bulbo-caverneux en particulier sont très-longs et très-épais. Les glandes de Cooper existent comme dans le sexe mâle.

» De même que les testicules, les vésicules séminales et les canaux déférents manquent complétement. Il ne sort par l'anneau inguinal qu'un tissu cellulaire dense, rudiment du ligament rond, un filet nerveux et une artère. La seule chose qui nous ait paru s'éloigner un peu de ce que l'on trouve ordinairement chez la femme, c'est le volume de cette artère, laquelle, très-forte de chaque côté, va communiquer par de larges anastomoses avec l'artère superficielle du périnée et les branches des artères honteuses externes.

» Absence complète des parties qui constituent les organes génitaux externes

féminins, tels que la vulve, les grandes et petites lèvres, etc.

» Telle est la description faite par M. Manec des organes génitaux. Il nous reste maintenant à faire connaître quelques autres particularités de la structure générale de l'individu, particularités presque aussi remarquables que celles des organes génitaux, et que M. Manec n'a pu observer.

» Le cadavre de Valmont, très-court pour un sujet du sexe masculin, présente des formes arrondies et potelées, qui se rapprochent beaucoup de celles de la femme. Les mains et surtout les pieds sont petits et ressemblent à ceux de la femme plus encore qu'à ceux de l'homme; le bassin est plus évasé, les hanches plus saillantes que cela n'a lieu chez un individu bien conformé du sexe masculin.

» Le visage est fourni d'une barbe assez épaisse, et néanmoins il offre dans son aspect quelque chose de mou et de féminin : cette sorte de physionomie *équivoque* a même quelque chose de repoussant.

» Au-dessous de la peau, dans les interstices des muscles, ainsi que dans les cavités abdominale et pectorale, on rencontre une graisse excessivement abondante, circonstance qui constitue un nouveau trait de ressemblance entre cet individu et la femme.

» Les glandes mammaires très-développées, beaucoup trop développées pour un homme, le sont cependant un peu moins que chez une femme bien constituée, et se terminent par un mamelon presque aussi gros que celui de la femme à l'état normal.

» On peut dire, d'une manière générale, que sous le point de vue de la conformation et du volume de presque toutes les autres parties dont il resterait à parler, cet individu tient une sorte de milieu entre l'homme et la femme. Disons, cependant que le cœur était à peu près aussi robuste que celui d'un homme de taille et de force moyennes.

» Telles sont les anomalies d'organisation que nous avons constatées chez Valmont. On conçoit assez que nous n'avons rien négligé pour tâcher de nous procurer des renseignements détaillés sur les anomalies fonctionnelles ou physiologiques qui devaient correspondre aux anomalies des conditions anatomiques. Malheureusement, toutes nos démarches ont été jusqu'ici sans succès. On s'est transporté au domicile de Valmont; on a su que ce malheureux logeait dans un grabat, où il n'avait pour se reposer qu'une botte de paille. Du reste, il était sans parents, sans amis, et on n'a pu obtenir aucune espèce de données sur son genre de vie habituel, sur ses goûts, ses penchants, ses mœurs, ses aptitudes intellectuelles. De quelle importance n'eussent pas été ces documents physiologiques; ne semble-t-il pas que la nature ait pris soin d'éloigner de nous tous les éléments propres à nous éclairer dans la grande et ténébreuse question que soulève l'histoire anatomique de Valmont, comme si cette nature était en quelque sorte honteuse de nous révéler en entier le mystère d'une aussi étrange aberration !

» Il résulte des déclarations de Valmont, au moment de son entrée à l'hôpital, qu'il était veuf. Ainsi donc, un individu qui était doué des organes essentiels du sexe féminin, tandis qu'il ne possédait, d'une manière évidente, que les organes dits accessoires du sexe masculin, n'a pas craint de contracter une alliance dans laquelle il devait jouer le rôle de mari ! Comment s'est-il comporté dans l'acte du coït ? Quels transports pouvait-il éprouver auprès d'une femme, lui que ses organes générateurs profonds appelaient à remplir pour son propre compte les fonctions de la femme ?

» Puisqu'il avait une matrice, Valmont était-elle réglée (qu'on me pardonne cette sorte d'hermaphrodisme de langage) ? Si les règles existaient en effet, il devait en résulter chaque mois une hématurie. Cette hématurie périodique n'aurait-elle pas pu être prise pour une affection de la vessie ?

» Si la femme de Valmont eût existé, elle aurait eu, sans doute, de précieuses et curieuses révélations à nous faire. Il ne paraît pas qu'elle ait eu d'enfants pendant le cours de cette monstrueuse union ! En supposant que le contraire eût eu lieu, certes, ce n'est pas à Valmont

qu'il aurait fallu faire les honneurs de la paternité.

» Mais s'il est bien vrai, ainsi que le professent nos plus célèbres zoologistes, qu'étant données les conditions anatomiques, on connaît par cela même les fonctions, à quoi bon recourir à de longues et laborieuses informations sur la conduite physiologique de Valmont? En effet, pour résoudre la question de savoir quelle a été la vie physique et morale de Valmont, nous possédons tous les éléments nécessaires, puisque nous connaissons l'organisation de cet individu; que le cadavre de Valmont se ranime donc au souffle fécond de l'Académie, qu'elle nous révèle par la pensée quelle nuance de vie a dû revêtir une organisation dans la formation de laquelle la nature a suivi un système vraiment si déplorable. Que l'Académie nous apprenne donc, par exemple, si Valmont a véritablement ressenti l'aiguillon de la chair masculine ou celui de la chair féminine qu'il aura éprouvé, ou bien encore s'il aura été tour à tour en proie au stimulus de ce double aiguillon; ou si, par une sorte de neutralisation d'un sexe par l'autre, Valmont sera resté dans un un état d'*indifférence en matière génératrice.*

» Quoi qu'il en soit, sous le rapport moral ou *phrénologique*, le mariage contracté par Valmont est une circonstance digne de toute notre méditation, et nous croyons qu'elle est bien propre à exercer la sagacité des physiologistes et des philosophes.

» On a dit : *Propter uterum solum mulier est id quod est.* Est-ce donc seulement à cause de son utérus qu'il a été ce qu'il a été, c'est-à-dire homme, et, qui plus est, homme marié? » (Bouillaud, *Journal universel et hebdomadaire de médecine et de chirurgie pratiques et des institutions médicales*, t. x, p. 468, 3e année.)

Un autre sujet présentait une disposition inverse : la conformation extérieure d'une femme et les organes internes d'un homme.

Obs. 4. « *Cas singulier et paradoxal d'hermaphrodisme, observé à Naples sur un sujet octogénaire, communiqué et commenté* par M. Geoffroy Saint-Hilaire.

« Le professeur don Joseph Ricco, dans le courant de janvier, faisant l'autopsie du cadavre d'un octogénaire qui devait servir à la démonstration dans les leçons d'anatomie qu'il fait à l'hôpital de Santa-Maria *della Fide*, s'aperçut que les organes sexuels de ce cadavre présentaient des anomalies telles qu'on ne pouvait décider avec certitude auquel des deux sexes il pouvait appartenir, bien que, pendant la vie, il eût passé pour être du sexe féminin, et qu'en conséquence cette femme eût pris mari. Le professeur Ricco appela à son aide le professeur don Joseph Sorrentino, et, après avoir fait la préparation avec soin, ils trouvèrent que les parties externes étaient du sexe féminin, et que les organes internes étaient du sexe masculin. Ce cas singulier intéresse, par sa rareté, non-seulement la physiologie, mais la clinique et la médecine légale. Pour cela les deux professeurs ont conservé la préparation anatomique, et se sont occupés de livrer à l'impression une description détaillée. » (*Journal des Deux-Siciles*, janvier 1832.)

Un autre fait est déjà dans la science, dit M. Geoffroy Saint-Hilaire, et il a été publié par le docte et célèbre Maret, père de M. le duc de Bassano. Ce fut au sujet d'un individu né à Bourbonne-les-Bains (Hubert, Jean-Pierre), qui passa pour garçon, et qui mourut âgé de dix-sept ans, en 1767. Toutefois, ajoute M. Geoffroy Saint-Hilaire, le travail de Maret avait laissé dans le doute les physiologistes contemporains, dominés par les principes d'une école, et qui n'admettaient comme réelles que des constitutions finies d'organes, que les arrangements des parties harmonieuses coexistantes. Selon M. Geoffroy Saint-Hilaire, la valeur d'opinion dont avait besoin l'écrit de Maret, lui est procurée par l'observation précise des professeurs Ricco et Sorrentino.

Si le vagin s'ouvre quelquefois dans l'urètre, ce dernier canal communique dans certains cas avec la matrice. (Vidal de Cassis, *l. cit.*, p. 257.)

e. *Changements dans les rapports de l'urètre.* Nous avons vu que le tissu prostatique qui sépare l'urètre du rectum varie d'épaisseur. M. Velpeau a trouvé des sujets où cette partie du canal n'était séparée de l'intestin que par deux lignes de tissu cellulaire (Velpeau, *Anatomie chirurgicale*, t. II, p. 279). MM. Amussat, Cruveilhier et Lisfranc ont vu une disposition inverse, c'est-à-dire l'urètre logé dans une goutière creusée dans la partie inférieure de la prostate. Les recherches de M. Mercier ont prouvé qu'on avait en général exagéré le rayon inférieur de la prostate.

Un des changements de l'urètre les plus curieux est celui où le canal se place sur le dos des corps caverneux, dans leur intervalle : c'est l'*épispadias*.

« Selon M. Serres et plusieurs autres physiologistes, dans les premiers temps de la vie fœtale, l'urine est contenue dans une poche allongée et fermée de toutes parts. En se resserrant en haut et en bas, cette espèce de boyau concourt à former, dans le premier sens, l'ouraque ; dans le second, l'urètre ; la portion intermédiaire se dilate et forme la vessie. A la terminaison du dernier canal, s'opère la division qui constitue le méat urinaire; mais si, par des circonstances que je ne puis apprécier ici, les tissus se trouvent plus résistants, plus épais vers le gland, ils céderont sur un autre point. Alors, selon que la division anormale portera sur la partie supérieure ou inferieure de l'urètre, il y aura épispadias ou hypospadias. Si toute la partie antérieure de la poche primitive ne s'est pas réunie, il n'y aura plus de réservoir urinaire, et, dans ce cas, l'extrophie de la vessie et l'épispadias marcheront ensemble. » (Vidal de Cassis, *loco cit.*, t. V, pag. 255.)

Ruysch paraît être le premier qui ait observé cette anomalie (*Thesaur. anat.*, XXXI, assert. 2, n. 22, p. 16). Salzmann l'a trouvée chez un jeune paysan âgé d'environ vingt-deux ans. L'urètre, qui présentait une disposition régulière jusqu'à l'arcade du pubis, passait dans ce point entre les deux racines du corps caverneux pour aller s'ouvrir sur le dos de la verge. A partir de l'émergence, l'urètre n'était plus qu'une gouttière qui régnait tout le long du pénis jusqu'au sommet du gland. Le gland était très-volumineux ; la verge l'était également ; mais elle était plus courte qu'à l'état normal. L'urine suivait la gouttière sous forme de jet, mais sans s'éparpiller. Les érections étaient à peu près nulles, et Salzmann décida que ce jeune homme était impropre au mariage (*Act. nat. cur.*, t. IV, obs. 65, p. 240). Morgagni parle (*De sedibus et causis morborum*, epist. 67, art. 6) d'une observation analogue qui lui avait été communiquée. Ce qu'elle offrait de particulier, c'est que la goutière du dos du pénis était tellement large qu'à un examen superficiel elle avait été prise pour une vulve.

« Nous avons vu, dit Chopart, un garçon, âgé de dix ans, qui avait l'urètre au-dessus du corps caverneux. L'orifice du canal était près de la symphyse du pubis, et l'urine sortait par jet du côté du ventre ; l'urètre dans le reste de sa longueur était ouvert et formait une espèce de gouttière rougeâtre qui se terminait par une substance charnue en forme de gland aplati, et qui aurait ét fendu dans la moitié de son épaisseur. (Chopart, t. II, p. 289.)

On a rencontré des déviations de l'urètre encore plus singulières ; il aboutit quelquefois à la région inguinale, ainsi que Haller en cite un exemple (t. VII, lib. XXVII). Dans un cas observé par M. Geoffroy-St-Hilaire chez un fœtus femelle, l'urètre allait s'ouvrir dans l'aine droite ; le vagin était situé plus bas, mais parfaitement séparé du premier canal ; en sorte que ces deux conduits étaient anormalement isolés comme ils le sont dans la famille de la taupe.

La chirurgie ne peut rien contre de pareilles monstruosités.

ARTICLE II.

Contusions et plaies de l'urètre.

Nous avons déjà traité des plaies de la prostate ; il ne doit donc plus être question ici que des blessures des autres portions de l'urètre. A l'exemple de M. Vidal de Cassis et de la plupart des autres auteurs classiques, nous traiterons

simultanément des diverses lésions traumatiques de ce canal.

Causes des contusions et des plaies de l'urètre. Les causes de ces lésions attaquent l'urètre de dehors en dedans, le plus souvent et quelquefois en sens inverse, de dedans en dehors.

Les contusions, les déchirures et les plaies contuses de l'urètre reconnaissent ordinairement pour cause une chute ou un coup qui a porté violemment sur le canal; la force le refoule contre l'arcade pubienne qui, servant ainsi de point d'appui, favorise l'action de la cause; aussi est-ce communément dans la région scrotale et périnéale antérieure que siégent ces blessures. Tantôt c'est un cocher qui tombe à califourchon sur le timon ou sur une des roues de sa voiture; un militaire qui, tombant à genoux, se heurte le périnée sur le talon de sa botte, tantôt c'est un matelot qui se laisse choir ou glisse à cheval sur les cordages; d'autres fois un homme qui tombe dans la même attitude sur le bord d'un tonneau.

Obs. 1re. « Un jeune homme, âgé de vingt et un ans, tomba d'une fenêtre à califourchon sur le bord d'un tonneau sans fond et redressé. Il se fit au périnée près de l'anus une forte contusion sans plaie extérieure, et rendit beaucoup de sang par la verge. Le lendemain de sa chute, il eut une rétention d'urine. On le sonda, il sortit du sang et de l'urine. Après avoir donné issue à ces humeurs, on retira la sonde. Quelques heures après, ce jeune homme ne pouvant satisfaire à un nouveau besoin d'uriner, on tenta de le sonder, mais inutilement. On le fit transporter à trois lieues de là dans une voiture dont les chocs augmentèrent ses douleurs, et cependant lui firent rendre un peu d'urine. Les saignées furent réitérées; on continua les résolutifs sur le scrotum et le périnée, qui étaient très-tuméfiés. Les urines coulèrent goutte à goutte et non sans efforts. Le dixième jour, il parut au périnée près de l'os ischion droit, un petit abcès qui s'ouvrit, et d'où il sortit du pus et de l'urine. La tuméfaction des parties génitales diminua; les urines reprirent leur cours par l'urètre, et l'ouverture fistuleuse se guérit. Leur éjection se fit alors sans douleur, mais avec difficulté. On eut recours aux bougies, à la sonde; il fut impossible de les faire pénétrer jusqu'à la vessie. Ce jeune homme cessa tout remède pendant plusieurs mois. Deux ans après, il se rendit à l'hospice du collége de chirurgie. Il me raconta ce qui vient d'être exposé. Ses urines sortaient sans qu'il fît beaucoup d'efforts, d'abord goutte à goutte, puis en formant un filet très-fin et continu; quelquefois elles coulaient involontairement. On sentait une petite tumeur dure au périnée près de la branche de l'ischion du côté droit. Je ne pus parvenir à introduire aucune espèce de sonde dans la vessie; toutes s'arrêtaient constamment à la partie membraneuse de l'urètre au-devant de la prostate, que je jugeai, au moyen du doigt mis dans le rectum, être gonflée et plus ferme qu'à l'ordinaire. Après qu'il eut pris des bains, je fis encore de nouvelles tentatives pour le sonder avec une algalie de petit diamètre; je voulus forcer l'obstacle; mais les douleurs qu'il éprouva, et la crainte de faire une fausse route, me déterminèrent à retirer l'instrument. Il s'écoula un peu de sang de l'urètre. Les bains calmèrent l'irritation du canal. Quelques jours après, M. Louis et d'autres chirurgiens consultants de l'hospice, tentèrent en vain de faire pénétrer la sonde dans la vessie. L'obstacle parut invincible, et on décida le malade à subir l'opération de la boutonnière. J'y procédai de la manière suivante. Après avoir introduit dans l'urètre jusqu'à l'obstacle un cathéter courbe, sans arête à la cannelure, j'incisai, comme dans la taille, les téguments du périnée à un pouce au-devant de l'anus; par une seconde incision, faite sur l'urètre, je découvris l'extrémité de la cannelure de la sonde, et je prolongeai un peu la section avec le couteau dans la direction du canal et dans la substance de la prostate. Voulant ensuite porter par la plaie une seconde sonde cannelée et mousse dans l'urètre, et l'enfoncer à travers le rétrécissement de ce canal jusqu'à la vessie, afin de fendre cette portion rétrécie, et de conduire une canule dans ce viscère,

j'éprouvai une si grande résistance causée par l'épaississement et la dureté de ces parties, que je crus devoir suspendre cette opération et attendre les effets de la suppuration. Les consultants furent du même avis. Nous espérions que le dégorgement des parties épaissies de l'urètre et de la prostate rendrait moins difficile l'introduction de la sonde. Les urines prirent leur cours par la plaie; elle suppura et donna issue à quelques flocons de matière granuleuse; lorsque ses bords commencèrent à s'affaisser, je tentai de passer une sonde dans la vessie, soit en la mettant dans l'urètre par l'ouverture du gland, soit en l'y portant par la plaie. Mes tentatives n'eurent aucun succès. La cicatrice se ferma; mais il resta une fistule à l'angle supérieur de l'incision; les urines se partagèrent entre cette fistule et l'urètre. Six semaines après, j'invitai M. Desault à venir à l'hospice pour tenter l'introduction de la sonde. Ne pouvant faire pénétrer dans la vessie une petite algalie semblable à celle dont on se sert pour les enfants, il en prit une plus longue, légèrement courbée, très-mince, mais forte d'argent; après l'avoir portée dans l'urètre jusqu'à l'obstacle, il enfonça profondément l'index de la main gauche dans le rectum, et ayant baissé vers le scrotum le pavillon de la sonde qu'il tenait avec la paume de la main droite, le pouce appuyé sur l'anneau du mandrin, il poussa l'algalie avec une grande force selon l'axe du corps et la courbure de l'urètre sous le pubis, en la soutenant et la dirigeant au moyen du doigt porté sur la paroi antérieure du rectum. Étant parvenu dans la vessie, il retira le mandrin qui remplissait la cavité de l'algalie, et l'urine sortit. Cette sonde était si serrée par les parties de l'urètre que la prostate embrasse, qu'il me fut presque impossible de la mouvoir dans la vessie, ni de l'enfoncer, ni même de la retirer un peu en avant. Elle fut bouchée et assujettie par deux bandelettes passées sous les cuisses. On fit des injections émollientes dans ce viscère. Le malade resta dans la position horizontale où il avait été sondé. Les douleurs aiguës qu'il avait éprouvées pendant l'introduction de la sonde, se calmèrent. Quelques heures après, elles devinrent très-fortes dans les reins, au col de la vessie et à la région de l'anus. Il eut de la fièvre. Le lendemain, malgré l'usage des lavements, des boissons adoucissantes, des fomentations, la région hypogastrique restait tendue, et la chaleur du rectum était si grande qu'un thermomètre de Mossy, enfoncé dans cet intestin, monta à trente-deux degrés. Le 3, la sonde était peu serrée ou plus mobile dans l'urètre; les urines en sortirent sans causer de douleur; l'irritation et la chaleur du rectum furent moins fortes; la fièvre continua. Le 4, la diminution des accidents fut sensible; la sonde sortit de la vessie. Ne pouvant l'y replacer, on la laissa dans l'urètre; les urines s'écoulèrent, après beaucoup d'efforts pour les rendre, entre la sonde et le canal, et principalement par la fistule du périnée. Le malade prit un bain et se trouva soulagé. M. Desault substitua à l'algalie une sonde de gomme élastique à petit diamètre, et l'introduisit avec un peu de difficulté. Cette sonde fut assujettie par des fils de coton autour de la verge. Le malade se trouva dans un meilleur état. Le 6, il avait encore le ventre tendu, sans être douloureux, et la langue chargée de mucosité jaunâtre; il prit une boisson de tamarin et de sel de Glauber, et la continua pendant trois jours; la fièvre diminua. Pendant la nuit du dixième jour, la sonde s'échappa encore de la vessie; le malade éprouvant des douleurs vives pour uriner, le chirurgien interne de l'hospice essaya en vain de la réintroduire. Ces tentatives furent très-douloureuses; il s'écoula du sang de l'urètre; ce canal devint gonflé et tendu. Le malade rendit cependant de l'urine par la fistule et fut mis dans un bain. Ne voulant pas le fatiguer par de nouvelles tentatives pour le sonder, et craignant de ne pas réussir, je fis prier M. Desault de venir lui remettre la sonde. Ce chirurgien eut beaucoup plus de mal que la première fois à l'introduire dans la vessie; il n'y parvint même qu'après environ une demi-heure de tentatives, en forçant la résistance qu'il sentait vers la prostate. Il s'écoula du sang et de l'urine par la

sonde. Le malade fut très-fatigué de cette opération; il eut de la fièvre. Cependant les symptômes d'irritation furent moins violents que le premier jour où il fut sondé; et dès le surlendemain il fut en état de prendre du riz dans du bouillon; sa faiblesse était grande. Il sortit beaucoup de matière purulente par la fistule du périnée et par l'ouverture du gland. Le gonflement de l'urètre diminua par degrés. Les urines continuèrent de couler librement par la sonde, qui, étant bien assujettie à la verge, ne fut plus déplacée. Comme elles déposaient des glaires, on faisait de temps en temps des injections dans la vessie pour entraîner ces mucosités et nettoyer la sonde. Le douzième jour, M. Desault la retira et en mit une plus grosse. Le malade reprit des forces, il put se lever et eut le courage, au bout de dix jours, d'aller à pied à l'Hôtel-Dieu pour que ce chirurgien lui introduisît une nouvelle sonde. Malgré l'usage de cet instrument, les urines s'échappaient toujours par la fistule. Six semaines se passèrent sans qu'il parut de changement dans cette maladie. La sonde se chargeait plus aisément de graviers, causait de la douleur, et il fallait la retirer plus souvent pour la nettoyer. J'essayai, ainsi que plusieurs chirurgiens, de la réintroduire. Nos tentatives n'eurent jamais aucun succès. M. Desault pouvait seul la replacer; et il la remettait avec facilité après l'avoir retirée lui-même du canal, moins aisément lorsqu'elle avait été ôtée depuis quelque temps, et encore avec plus de difficulté quand d'autres chirurgiens avaient fait des tentatives pour la réintroduire. Un jour, ce jeune homme, étant fatigué de la présence de la sonde, la retira de la vessie, et resta quarante-huit heures sans aller la faire remettre. Les urines sortirent d'abord librement et à plein canal; pendant leur éjection, en comprimant la fistule avec une compresse soutenue par les doigts, il ne s'en échappait point ou que très-peu de gouttes par l'orifice fistuleux; ensuite la difficulté d'uriner recommençant, il fut obligé de retourner chez M. Desault, qui eut de la peine à remettre la sonde. Un autre jour, ayant ôté cet instrument à six heures du matin, il fut trouver à neuf heures ce chirurgien, qui, éprouvant plus de difficulté que la dernière fois, se disposait à discontinuer les tentatives de la réintroduction, lorsque tout à coup et par un mouvement direct il parvint à porter la sonde jusqu'à la vessie. Depuis cette époque, elle ne fut retirée de ce viscère tous les cinq ou six jours, que pour la nettoyer ou en substituer sur-le-champ une nouvelle. Le malade resta encore un mois à l'hospice. Je le déterminai à se rendre à l'Hôtel-Dieu, afin d'être plus à portée des secours de M. Desault, d'autant plus que la marche pour aller faire changer la sonde lui était très-pénible. Lorsqu'il y fut reçu, M. Desault, voyant que les urines déposaient beaucoup de matières graveleuses et glaireuses, retira la sonde tous les trois ou quatre jours, et n'éprouva pas de difficulté à la replacer. Il continua ce traitement pendant six semaines. Ensuite la fistule ne rendit plus d'urine, mais seulement des matières purulentes; elle se ferma enfin. Quelques jours après, M. Desault se détermina à ôter la sonde le matin et à la replacer le soir; la guérison paraissait parfaite; cependant il engagea ce jeune homme à rester encore un mois à l'hôpital. Les urines sortirent d'abord à gros jet et à plein canal pendant huit jours; puis le jet diminua un peu de volume et de rapidité; il se rendit ensuite au tiers de sa première grosseur et resta dans cet état. J'ai revu ce jeune homme huit mois après sa sortie de l'Hôtel-Dieu. Il n'avait pas de difficulté à uriner; l'urine sortait sans qu'il fît des efforts; le jet se portait naturellement à deux pieds de distance de la verge, et à trois pieds quand l'action de la vessie et des parois de l'abdomen était augmentée. Avant la chute sur le périnée, le jet allait jusqu'à six pieds, tandis qu'il ne s'étendait qu'à six ou huit pouces lorsque le malade a été reçu à l'hospice du collége. A cette dernière époque, la grosseur du jet ressemblait à celle d'un fil; mais elle est restée dans le même état où elle paraissait lorsqu'il est sorti de l'Hôtel-Dieu, c'est-à-dire au tiers du volume ordinaire. J'ai remarqué que l'urine en passant dans l'urètre distendait la partie affai-

blie de ce canal où la fistule répondait; elle y formait une petite tumeur qui s'affaissait après le pissement et se dissipait par l'écoulement involontaire de plusieurs gouttes de ce liquide, et quelquefois en exerçant une légère pression sur le périnée. Une autre incommodité que ce jeune homme éprouvait, c'est que dans l'érection la verge restait courbée du côté de l'anus, et ne parvenait pas au degré de gonflement et de fermeté ordinaire; et que dans l'éjaculation, la semence séjournait dans l'urètre et en sortait en bavant ou sans jet, à moins qu'il ne comprimât avec les doigts la région du périnée qui était affaiblie. » (Chopart, *lieu cité*, t. II, p. 280.)

Voici un fait remarquable qui nous est communiqué par M. Vidal.

Obs. 2. « Il s'agit d'un marchand de bois qui, monté sur une de ces hautes piles de bûches qu'on voit dans les chantiers, tomba à cheval sur une énorme bûche. L'urètre fut brisé au point où il correspond au périnée, un peu avant le bulbe. Un médecin fut d'abord appelé pour traiter la rétention d'urine qui suivit cet accident; ce médecin ne put parvenir à faire pénétrer la sonde dans la vessie. La rétention d'urine allait toujours en progressant, quand un jeune chirurgien fut appelé pour opérer le cathétérisme. Il a traité cette plaie contuse de l'urètre par la sonde à demeure. Mais après la cicatrisation extérieure et celle de l'urètre, resta une tendance extraordinaire à la coarctation. Le chirurgien avertit le malade de ne pas négliger de se sonder de temps en temps. Mais, au lieu de suivre cet avis, le malade suivit le conseil d'un homœopathe, qui le traita par des globules dont nous n'avons pu connaître la nature. Le rétrécissement allait toujours en augmentant, et il vint un moment où le malade ne pouvait rendre une goutte d'urine. C'est dans cet état qu'il fut présenté à M. Vidal par un malade déjà guéri par ce chirurgien. Une bougie n° 1, ne pouvait pénétrer dans le rétrécissement, et la rétention devenait toujours plus grave. M. Vidal se décida alors à pratiquer la cautérisation en procédant d'avant en arrière, comme le faisaient les premiers chirurgiens qui ont appliqué le caustique au traitement des rétrécissements urétraux. La première cautérisation fut très-énergique; une eschare, une espèce de bouchon fut expulsée le lendemain, et déjà le malade put uriner par gouttes. Une bougie n° 2 fut admise dans le rétrécissement; une seconde cautérisation put permettre l'introduction d'une bougie n° 3. Enfin, après trois autres cautérisations et l'emploi des bougies nos 4 et 5, le malade put faire jaillir l'urine. Dès ce moment la guérison a marché rapidement, et cette forte coarctation inodulaire a pu être détrutite par deux moyens peu usités aujourd'hui, la cautérisation antérieure et le cathétérisme que M. Vidal appelle instantané, et qui consiste à passer les bougies sans les laisser à demeure.

Les corps contondants qui agissent de dehors en dedans n'atteignent guère les autres portions de l'urètre, que dans ce traitement brutal de la blennorrhagie, traitement qui consiste à placer la verge sur un corps dur et à frapper dessus un vigoureux coup de poing, pour *casser la corde*, suivant l'expression vulgaire. Le résultat de cette manœuvre est tantôt une contusion, tantôt une déchirure du canal.

Les causes qui procèdent de dedans en dehors sont les corps étrangers proprement dits et les calculs, surtout les débris de pierres dans la lithotritie. Les instruments mêmes qu'on introduit dans l'urètre, soit pour broyer les calculs ou les extraire, soit pour évacuer la vessie ou pour cautériser un rétrécissement, etc., figurent aussi pour une notable part : les fausses routes et les déchirures de l'urètre représentent en grande partie des lésions traumatiques de ce canal.

Quant aux plaies de l'urètre par instrument tranchant, à l'exception de celles que fait la chirurgie, soit dans la taille, soit dans l'opération de la boutonnière, elles sont très-rares; M. Vidal de Cassis en a pourtant observé deux exemples très-curieux. Dans un cas qu'il a publié dans la *Clinique des hôpitaux*, un homme marié ayant contracté une gonorrhée, fut pris d'un mouvement de désespoir et se coupa la verge au niveau du pubis; dans

l'autre, un cordonnier pour calmer le transport jaloux de sa femme, voulut se couper le pénis avec un tranchet; l'incision, après avoir porté sur tout le calibre de l'urètre, ne s'arrêta que dans le corps caverneux. (*Voy*. Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, t. v, p. 262.)

Caractères anatomiques des contusions et des plaies de l'urètre. Comme ce qu'il y a d'important ici, ce sont les contusions, les déchirures et les plaies contuses de l'urètre, nous insisterons principalement sur les caractères anatomiques de ces lésions ; sous ce rapport, nous examinerons successivement les contusions, les déchirures et les pertes de substance de ce canal.

La contusion est ici ce qu'elle est partout : une attrition des tissus de l'urètre, infiltration sanguine, avec intégrité de la membrane d'enveloppe.

La contusion de l'urètre se termine par résolution, inflammation suppurative, ou par l'induration chronique du tissu sous-muqueux (*voy*. la 1re obs. de M. J. Franc : *Observations sur les rétrécissements de l'urètre par causes traumatiques*, in-12, Montpellier, 1839).

D'après l'auteur du mémoire que nous venons de citer, il se peut que le tissu spongieux, froissé, tiraillé, en un mot, contus, acquière du développement et passe à l'état de tissu fongoïde, saignant au plus léger contact des sondes ou même spontanément. Il en résulte quelquefois une tumeur qui apporte obstacle à l'émission de l'urine et qui peut même déterminer une rétention complète. Cette conséquence de la contusion de l'urètre étant rare et peu connue, nous en donnerons un exemple que M. J. Franc présente lui-même comme un type. L'observation est d'ailleurs intéressante à beaucoup d'égards, sous celui de la cause de la lésion, de l'hémorrhagie et des autres accidents.

Obs. 3. « *Coup de pied dans le périnée avec un soulier ferré, hémorrhagie habituelle, par le canal, pendant six mois ; inflammation de l'urètre, rétrécissement consécutif, fistules urinaires, dilatation. Amélioration.*

» Bonafos (Joseph), né à Pia (Pyrénées-Orientales), âgé de vingt-quatre ans, cultivateur, entre à l'hôpital Saint-Eloi le 18 février 1839 ; il est pâle, amaigri et paraît souffrant.

Voici comment il explique l'origine de sa maladie :

» Il y a dix ans environ, à dater du jour de son entrée, étant à travailler dans une vigne avec son frère, il reçut de lui un coup de pied très-violent dans le périnée, avec un soulier gros et ferré.

» Les douleurs qui s'ensuivirent furent d'abords très-vives et bientôt accompagnées d'une hémorrhagie abondante du canal, qui s'arrêta de temps à autre, mais jamais complétement, pendant l'espace de près de six mois.

» Cependant, à part un peu de cuisson et de douleur, les urines coulèrent encore assez régulièrement.

» Après ces six mois, pendant un petit voyage que le malade faisait fréquemment aux environs de son village, le périnée et les bourses se gonflèrent tout à coup considérablement, et il survint une rétention complète d'urine, qu'il garda deux jours entiers, sans se plaindre, au milieu des plus cruelles souffrances.

» Un médecin appelé n'eut rien de plus pressé que d'introduire une sonde dans la vessie ; elle n'y arriva qu'avec difficulté, après des tentatives réitérées, fit beaucoup saigner le canal et souffrir le malade. Des sangsues, des cataplasmes, des bains opérèrent le dégorgement des parties ; mais toutes les fois qu'il voulait uriner on était obligé de le sonder. Ce n'est qu'au bout d'un an qu'il a pu rendre ses urines sans avoir recours à la sonde, et il ne pouvait satisfaire ce besoin qu'en prenant toute sorte de positions pour diminuer, autant que possible, les douleurs qu'il éprouvait.

« Après ce temps, il se forma, à l'occasion d'une rétention d'urine, un nouvel engorgement inflammatoire au périnée et aux bourses. Les sangsues et les émollients suffirent pour arrêter ces accidents sans l'emploi de la sonde ; mais les con-

tractions de la vessie et du canal et la sortie des urines furent toujours accompagnées de douleurs très-vives.

» Huit mois après, il survint au scrotum, entre les deux testicules, une tumeur dure, rouge, que le malade ouvrit avec une épingle et qui donna issue à du pus et de l'urine.

» Dans l'espace de sept ans, sept fistules s'ouvrirent au périnée, et les urines coulèrent toujours de plus en plus mal.

» Enfin, il s'en forma encore plusieurs au gland d'ou s'échappa aussi de l'urine. C'est dans cet état que le malade s'est présenté à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier.

» Le jour de son entrée (18 février), M. Lallemand introduit dans la vessie, avec assez de facilité, une sonde qui reste à demeure pendant trois jours.

» Les 19, 20 et 21, la sonde livre passage à l'urine, mais le malade souffre beaucoup de sa présence.

» Le 22, M. Lallemand fait la section du prépuce qui obstruait les fistules et empêchait d'en apprécier le siége, le nombre, la direction, etc.

» Le 25, le malade a beaucoup souffert et on a été obligé de retirer la sonde; fièvre la nuit (boisson émolliente, diète).

» On est forcé de suspendre toute espèce de traitement pour le canal, à cause des douleurs occasionnées par la section.

» Le 3 mars, introduction d'une sonde en argent n° 3.

» Le 4, sonde en gomme élastique n° 5. Vives douleurs à la tête et aux reins (tisane émolliente, bouillon).

» Le 5, sonde en gomme élastique n° 9. On continue la dilatation jusqu'à la sonde n° 11, sans beaucoup de difficulté; mais on est encore obligé de la suspendre à cause des souffrances que le malade éprouve dans la direction de l'urètre et du rein gauche. (*Fomentations émollientes et calmantes sur le trajet douloureux, ventouses sèches et scarifiées, sangsues sur le côté gauche des lombes.*)

» La douleur et la fièvre s'amendent peu à peu, et le 30 mars le malade est mieux; les urines coulent assez bien; mais une des fistules du périnée laisse encore suinter de l'urine.

» Le 12 avril, Bonafos ne souffre plus: les urines coulent assez bien, par jet continu et sans douleur. Il se fait encore un suintement de sanie purulente par une des fistules.

» La santé générale du malade se rétablit peu à peu.

» Cette observation semble d'abord avoir beaucoup d'analogie avec les trois précédentes, parce que, dans toutes il y a eu déchirure du canal et fistules consécutives; mais, si l'on étudie avec attention cette dernière, on reconnaîtra facilement qu'elle offre des circonstances spéciales d'un grand intérêt, et par lesquelles elle diffère beaucoup de celles qui la précèdent.

» En effet, chez Bonafos, six mois se sont écoulés depuis le moment où il a reçu le coup de pied dans le périnée, sans que les urines aient été arrêtées dans leurs cours; seulement il a éprouvé un peu de cuisson et de douleur dans l'excrétion, et une hémorrhagie presque continue s'est manifestée pendant ces six mois, sans que rien ait pu y mettre un terme.

» Ces symptômes prouvent qu'il y a eu seulement déchirure légère du canal, simple éraillement en quelque sorte, puisque les urines n'ont pas été gênées dans leur sortie pendant six mois. Mais que s'est-il passé dans le tissu spongieux de l'urètre?

» Il est très-probable que ce tissu, pressé, tiraillé, contus par le traumatisme, a acquis du développement, et qu'il s'est formé, au point correspondant à la lésion, une espèce de fongus qui a fourni cette hémorrhagie extraordinaire, pendant six mois; hémorrhagie qui n'a cessé que lorsque, à la suite d'une marche forcée, le tissu spongieux s'est enflammé.

. . . .

» Évidemment, chez Bonafos, la lésion du tissu spongieux a été légère; elle concorde ainsi parfaitement avec la déchirure du canal, et explique très-bien tout ce qui s'est passé. Les choses ne se sont

aggravées que par l'inflammation qui est survenue après.

» Cette inflammation, qui paraît s'être développée à la suite de la marche, a été certainement augmentée par le cathétérisme pratiqué pendant que le canal était encore enflammé.

» Je sais bien que les malades réclament vivement d'être sondés pour se délivrer du supplice qu'ils endurent. Mais le cathétérisme immédiat dans ces circonstances a des inconvénients très-graves. Outre que quelquefois on ne réussit pas à entrer dans la vessie, et alors le mal que l'on fait est incurable; toujours, même dans les cas les plus heureux, l'introduction de la sonde rend plus intense l'inflammation, soit qu'elle occupe toute l'étendue du canal, ou qu'elle siége dans une partie seulement.

» On est bien obligé de pratiquer le cathétérisme quand la distension de la vessie est trop considérable; mais il est rationnel de n'en venir là que quand on a épuisé toutes les ressources fournies par les antiphlogistiques et les calmants (saignées, sangsues, bains, opium).

» Il est remarquable que chez Bonafos on eût évité les accidents qui ont suivi la rétention d'urine, si l'on n'avait pas pratiqué le cathétérisme pendant que les tissus du canal étaient encore enflammés. On n'aurait pas irrité, par continuité, les uretères et les reins, qui se sont montrés si susceptibles pendant le dernier traitement que le malade a subi à l'hôpital Saint-Eloi; traitement qui a seulement amélioré son état sans produire une guérison décidée. Enfin, on aurait évité ces inflammations successives du périnée et de la verge qui ont été suivies de fistules nombreuses, obstacles presque insurmontables pour une guérison radicale; si l'on se rappelle surtout la prodigieuse facilité des reins et des uretères à s'enflammer par les manœuvres du cathétérisme et par l'action des sondes à demeure. » (J. Franc, *Observations sur les rétrécissements de l'urètre par cause traumatique, et sur leur traitement,* p. 46.)

Si elle est bien réelle, il est regrettable que cette dégénérescence fongoïde du tissu spongieux de l'urètre ne soit pas démontrée par l'autopsie. Jusque là il ne sera permis d'en regarder l'existence que comme une probabilité.

La déchirure de l'urètre peut porter sur tous les points de son étendue; mais c'est, comme nous l'avons déjà dit, la portion membraneuse qui en est le plus souvent le siége. La déchirure est suivie d'un gonflement plus ou moins considérable quand elle s'est faite de dehors en dedans par une cause qui a agi du côté de la peau. Lorsque la lésion commence du côté de la muqueuse, la tuméfaction est nulle ou à peine sensible, à moins qu'il n'y ait infiltration d'urine. Cette différence vient sans doute de ce que dans le premier cas, les tissus qui séparent de la peau le tissu de l'urètre participent à la lésion et au gonflement qui en est la conséquence.

Ainsi que dans la contusion des autres parties, il peut se faire que le sang sorti des vaisseaux divisés s'amasse dans une sorte de foyer, que plus tard la suppuration s'en empare, ou que le bistouri du chirurgien lui donne issue. Dans d'autres cas, le sang, au lieu de s'écouler au dehors, ou après avoir été rendu pendant un certain temps par l'urètre, se coagule dans le canal, il faut alors s'opposer, d'une manière complète ou incomplète, à l'émission de l'urine.

Voici un cas où Desault rencontra cette dernière disposition d'une manière très-prononcée.

Obs. 4. « *Chute, les cuisses écartées, sur l'extrémité de l'essieu d'une voiture; contusion du périnée, gonflement consécutif de cette région, des bourses et de la verge. — Débridement; caillots dans la profondeur de l'incision; sortie de l'urine par la plaie; emploi des sondes, guérison.*

» Fiacre Tambourg, charretier, âgé de vingt-cinq ans et d'une forte constitution, se fit une violente contusion au périnée en tombant les cuisses écartées sur l'extrémité de l'essieu de sa voiture. La douleur vive qu'il ressentit ne l'empêcha pas, dans le premier instant, de continuer son travail; mais bientôt il eut une rétention d'urine, et, peu de temps après, il parut à l'endroit contus une tu-

meur qui s'accrut rapidement. L'enflure gagna la verge et les bourses, et ces dernières se tuméfièrent si considérablement que dès le soir elles avaient acquis la grosseur de la tête d'un adulte : elles étaient déjà de couleur noire. Ces accidents étaient produits par l'infiltration des urines, qui s'échappaient par une *crevasse* de l'endroit du canal correspondant au périnée. C'est dans cet état que le malade fut apporté à l'Hôtel-Dieu, le 10 janvier 1790.

» Comme cet homme n'avait pas uriné depuis le matin, et qu'il souffrait beaucoup, on vida d'abord la vessie au moyen d'une sonde qui passa facilement et qui fut retirée après l'opération.

» M. Desault fit alors une incision qui, commençant au côté gauche de la partie antérieure des bourses, venait se terminer au périnée, au-dessous de l'endroit de la crevasse du canal, et laissait à nu la tunique vaginale du testicule gauche. Les bords de la plaie résultant de cette opération paraissaient couenneux, et présentaient un tissu cellulaire infiltré d'urine. On trouva dans le fond, le long du canal de l'urètre, une *grande quantité de caillots*; la plaie ne donna pas une goutte de sang. Elle fut pansée avec de la charpie brute, recouverte de compresses trempées dans l'eau végéto-minérale, lesquelles s'étendaient sur tout le scrotum. Le malade fut dès lors soulagé, quoique le dégorgement eût d'abord été peu sensible, on le tint à la diète et on lui prescrivit pour boisson une infusion de graines de lin.

» Le lendemain il n'y avait presque plus d'infiltration, les bourses étaient affaissées, et le malade n'éprouvait qu'une légère douleur. Toutes les urines passaient alors par la *crevasse* du périnée.

» Le troisième jour, il n'existait presque plus d'engorgement. Alors on appliqua sur la plaie un cataplasme émollient.

» Le quatrième, il n'y avait plus d'infiltration, mais les bords de la plaie étaient extrêmement sensibles. On les couvrit de petites bandelettes enduites de cérat, et l'on continua l'usage de la charpie sèche et du cataplasme.

» Le sixième, la suppuration, qui avait été annoncée deux jours auparavant par un suintement muqueux, s'établissait. La tension de la verge était toujours à peu près la même; elle ne diminua que vers le seizième jour. Ce fut alors seulement qu'il passa quelques gouttes d'urine par l'urètre; mais la plus grande partie continua de couler par l'ouverture du périnée.

» Du dix-septième au dix-neuvième jour, la sensibilité de la plaie devint beaucoup moindre ; une plus grande quantité d'urine passa par le canal; et il commença à s'élever du fond et des bords de la plaie des bourgeons rougeâtres, plus nombreux vers l'angle supérieur que dans le reste de son étendue. On tenait les bords rapprochés, au moyen de petits coussinets de charpie placés sur chaque côté des bourses.

» Dans l'intervalle du dix-neuvième au vingt-septième jour, la cicatrice occupa les deux tiers de la plaie et le testicule fut presque entièrement recouvert. L'étendue de la *crevasse* du canal diminuait aussi au point qu'il n'y passait plus que très-peu d'urine.

» Le vingt-neuvième jour, les urines passaient presque toutes par l'urètre; mais l'on s'aperçut alors que le malade ne les rendait qu'avec difficulté et qu'elles ne sortaient qu'à petit jet. Une algalie, qu'on introduisit fut arrêtée à l'endroit de la cicatrice. On ne put porter plus avant une bougie de gomme élastique, quoique d'un diamètre beaucoup plus petit que la sonde. Il est vrai que l'on ne fit point ce jour-là de fortes tentatives ; mais le lendemain on conduisit jusqu'à l'obstacle une sonde d'argent semblable à celle qu'on emploie ordinairement pour les enfants, et, en exécutant avec le bec des mouvements de vrille, on la fit pénétrer dans la vessie. Le canal était tellement rétréci que, malgré la petitesse de la sonde, on ne put l'introduire sans distendre beaucoup la cicatrice, qui en fut un peu altérée. Les urines coulèrent alors facilement par la sonde ; mais il en passa toujours un peu par la *crevasse*. Il parut vers le soir un léger mouvement de fièvre, qui se dissipa bientôt.

» Au bout de trois jours, comme la sonde à une seule courbure gênait le

malade on en introduisit une en S, qu'il supporta plus facilement, quoiqu'elle fût d'un plus grand calibre. Il passa dès lors moins d'urine par la plaie. Après trois autres jours, on introduisit avec facilité une sonde de gomme élastique qui fut fixée et laissée en place. Le malade put alors se lever.

» Depuis cette époque jusqu'au quarante deuxième jour de l'accident, les urines ne passèrent par la plaie que par intervalles. La sonde devint libre dans le canal, et il fut facile de la réintroduire lorsqu'on la retira pour la nettoyer. Le malade se trouvait d'ailleurs très-bien, et la plaie des bourses était cicatrisée, excepté dans une étendue de trois lignes à l'endroit de la *crevasse* du canal.

» Le cinquantième jour il s'établit de la suppuration dans le canal, et les urines cessèrent de passer par la fistule.

» Le cinquante-huitième il y avait encore aux bourses un petit suintement, accompagné d'une légère douleur qui gênait quelquefois le malade dans l'action de marcher.

» Le soixante-sixième il ne restait qu'une saillie fongueuse, qu'on affaissa sans peine en la touchant avec la pierre infernale.

» Le lendemain le malade marchait très-facilement et sans douleur. On laissa cependant encore la sonde dans l'urètre pendant près de trois semaines, pour assurer davantage la guérison. Les urines sortaient à gros jet et en faisant l'arcade, lorsque le malade quitta l'hôpital le quatre-vingt-cinquième jour de son entrée.» (*Journal de Desault*, t. 1er, p. 373.)

Après la simple contusion et la déchirure de l'urètre avec intégrité de l'enveloppe externe du canal, jetons un coup d'œil sur ses plaies contuses. Dans le plus grand nombre des cas, il arrive que les téguments sont respectés pendant que l'urètre se déchire plus ou moins largement; mais quelquefois, soit que le corps vulnérant soit plus tranchant ou mu avec plus de force, il se fait une véritable plaie contuse qui pénètre de la peau jusqu'au canal.

Ce sont ces plaies contuses qui se compliquent généralement de gangrène. Elle a quelquefois été le résultat d'une compression violente et prolongée exercée sur la verge. Un marin du port de Brest s'étant fortement serré la verge avant de se livrer au coït fut pris d'un priapisme qui amena la formation d'une eschare au canal de l'urètre. La chute de cette eschare laissa un hypospadias accidentel d'environ quatre millimètres de large, et situé au milieu du pénis. Plus tard la cicatrice fut enlevée et la suture faite. Au bout de cinq jours la réunion s'était opérée. (Communiqué par M. Fouilhois à M. J. Franc, p. 83.)

Le plus souvent, quand la gangrène frappe l'urètre, c'est que la cause contondante en a désorganisé les parois dans une certaine étendue; c'est un véritable écrasement qui comprend depuis la peau jusqu'à la membrane muqueuse, ainsi que dans l'exemple suivant, que nous empruntons à M. Lallemand.

Obs. 5. « *Plaie contuse au périnée, eschares gangréneuses au canal, rétrécissement consécutif. — Traitement infructueux par la cautérisation et par la dilatation; sondes à demeures. — Guérison.*

« Gasquet, chasseur à cheval, d'un tempérament sanguin, descendant de cheval avec vivacité, s'embarrassa les jambes dans son sabre de manière à avoir la monture appliquée contre le milieu du périnée : tout le poids de son corps porta brusquement *contre cette surface étroite.* Il en résulta une plaie contuse, suivie d'inflammation considérable, qui fut combattue par un traitement antiphlogistique; une rétention d'urine, à laquelle on remédia par l'usage des sondes de gomme élastique, et des eschares qui, après leur séparation, laissèrent une perte de substance d'environ un pouce de longueur vers la portion membraneuse du canal. Les parties se cicatrisèrent sur la sonde; mais, malgré son séjour, il survint bientôt après une oblitération presque complète du canal, accompagnée d'affection de la vessie et des accidents les plus graves.

» Le malade entra à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, où l'on s'occupa d'abord à calmer l'inflammation; ensuite on entreprit de rétablir les dimensions du

canal par la cautérisation suivant la méthode de Ducamp. Ce traitement, suspendu, repris, modifié, suivant les circonstances, dura près de deux ans; après quoi Gasquet, ennuyé d'attendre une guérison qu'on lui faisait toujours envisager comme prochaine, s'en retourna dans ses foyers avec son congé. Un certificat du docteur Duvivier, qui lui a donné des soins, confirme la plupart des faits avancés par Gasquet.

» Quelques mois après, il se rendit à l'hôpital Saint-Éloi : pendant ces deux voyages il eut plusieurs rétentions d'urine fort graves. Delpech, après plusieurs tentatives infructueuses franchit le rétrécissement, et pratiqua, dans le mois d'août 1825, cinq cautérisations avec la sonde porte-caustique.

» Quand M. Lallemand prit le service en septembre, il reconnut, à l'aide du porte-empreinte, à sept pouces et demi, un rétrécissement fort étroit, commençant brusquement et situé à la partie supérieure du canal. Au milieu du périnée, sur le raphé, la peau présentait une cicatrice d'environ quinze lignes de long sur deux de large, mince, souple et mobile; au-dessous d'elle on sentait dans l'étendue d'environ un pouce, un corps dur, saillant et roulant sous les doigts : c'était la cicatrice du canal.

» On cautérisa le rétrécissement à plusieurs reprises sans aucune espèce de succès ; on la dilata également plusieurs fois, mais toujours le canal se rétrécissait avec une très-grande rapidité. M. Lallemand finit par acquérir la certitude que le seul moyen de mettre le malade à l'abri des dangers d'une rétention complète, était de lui faire porter constamment une sonde de moyen calibre.

» Il s'y est habitué peu à peu, au point que maintenant elle ne l'empêche point de remplir avec activité les fonctions d'infirmier. (Lallemand, *Observations sur les maladies des organes génito-urinaires*, 2e partie, page 330.)

. . . .

» Gasquet a depuis quitté l'hôpital Saint-Éloi, et est entré chez M. Delpech comme employé dans son établissement orthopédique, où il est resté long-temps.

» La persévérance du malade à garder une sonde à demeure pendant plusieurs années a enfin porté ses fruits : il a pu, en définitive, se passer tout à fait de sonde, et il est aujourd'hui entièrement délivré de son infirmité depuis quatre ans au moins. » (J. Franc, *Observations sur les rétrécissements de l'urètre par cause traumatique, et sur leur traitement*, page 68.)

La perte de substance se fait quelquefois d'emblée, comme par un emporte-pièce. « Il y a cinq mois environ, une personne ayant eu une altercation de famille, s'était munie de petits pistolets qu'elle portait dans son gousset. Dans une chute qu'elle fit, un des pistolets partit, la balle traversa l'urètre, perça le testicule et se logea dans la cuisse. » (Dupuytren, *leçons orales*, t. III, p. 143.)

Un instrument tranchant pourrait également enlever un lambeau du canal ; mais sur cet organe ces sortes de plaies ainsi que celles d'armes à feu sont extrêmement rares.

On a vu des cas, comme celui qui a été observé par Carle, ne portant que sur la membrane muqueuse, sans que les autres éléments des parois urétrales eussent subi la moindre altération de cette nature ; et cette perte de substance, tout interne et superficielle qu'elle est, suffit pour occasionner les mêmes accidents que lorsque la lésion est profonde, c'est-à-dire des rétrécissements graves, et quelquefois l'oblitération de l'urètre, comme chez Carle, dont nous avons déjà cité l'observation.

Quant aux plaies par instrument tranchant, elles ne varient que par leur siége, leur étendue et leur profondeur ; nous ne devons donc pas nous y arrêter.

Symptômes des contusions, des plaies contuses de l'urètre et de ses plaies par instrument tranchant. Les contusions, les déchirures, les plaies contuses non pénétrantes de l'urètre ont des symptômes communs : la douleur, qui est variable ; la difficulté ou l'impossibilité d'uriner, etc. Dans la contusion il peut y avoir rétention complète d'urine, comme dans une lésion plus grave. Il n'y a pas d'hémorrhagie ; ainsi la contusion se caractérise par la douleur, par la difficulté,

l'impossibilité d'uriner et par l'absence d'hématurie.

La déchirure du canal, qui a procédé presque toujours de dedans en dehors, ou au moins qui intéresse la muqueuse, s'accompagne d'hématurie. Cet écoulement sanguin offre des formes variables pour son abondance, pour sa fréquence, pour sa durée. Il peut être très-abondant, même quand il n'y a que quelques cellules du tissu spongieux de l'urètre d'ouvertes. Il se peut que l'hémorrhagie se fasse à la fois des deux côtés, et se manifeste, par l'urètre, par une hématurie; à la peau, par une ecchymose. Voici un cas où cette double circonstance se fit remarquer :

Obs. 6. « Un postillon montant un cheval sauteur, se heurta violemment le périnée contre le pommeau de la selle, qui était très-saillant; il ressentit sur-le-champ une douleur vive à cette région qui devint ecchymosée et très-gonflée; il rendit un peu de sang par l'urètre, et urina avec difficulté. On le pansa avec des compresses trempées dans l'oxycrat mariné; on le saigna; il prit une boisson adoucissante, observa la diète et le repos. Le lendemain il sortit encore du sang par l'urètre; le gonflement du périnée et du scrotum étant augmenté et plus douloureux, il fut saigné deux fois, et l'on appliqua des cataplasmes de mie de pain, de décoction de fleurs de sureau et de têtes de pavot. On ajouta du nitre à sa boisson de graines de lin et de chiendent. Les symptômes de la contusion se calmèrent; l'excrétion de l'urine fut moins pénible, et au bout de vingt jours, ce blessé se trouva en état de sortir. L'ecchymose était dissipée; mais l'éjection de l'urine restait difficile, et il était obligé de porter sa main au périnée pour en favoriser le jet. Deux mois après, sentant une tumeur à cette région, il devint inquiet, et me fut adressé pour lui donner des soins. Cette tumeur, située sur le trajet du raphé, était du volume et de la forme d'un petit œuf, circonscrite, sans changement de couleur à la peau, molle, immobile sur ses côtés, cédant aisément à la pression, mais sans disparaître complétement, de sorte qu'on sentait alors sous les doigts une peau flasque, comme repliée sur elle-même. Le postillon ayant besoin d'uriner, je remarquai que les urines sortaient de l'urètre par gouttes, que la tumeur devenait tendue avant qu'elles jaillissent au dehors, et qu'ensuite, sans la comprimer, elles coulaient à plein canal. Après le pissement, je voulus la vider entièrement, en la pressant de devant en arrière, pour savoir si l'urine qui était restée pourrait refluer du côté de la vessie; mais elle s'évacua par l'urètre. Quoique la liberté du cours de l'urine, depuis la tumeur jusqu'au bout du canal, annonçât qu'il n'y avait aucun obstacle dans ce trajet; cependant, pour m'en assurer davantage, j'y introduisis une algalie qui pénétra sans difficulté jusqu'au milieu de cette poche, où je sentis le bec de l'instrument très-libre, et presque sous la peau dans toute la partie dilatée. Je m'informai si pendant l'éjaculation la semence sortait comme avant l'accident du coup. Ce jeune homme répondit qu'il ressentait le même plaisir, mais qu'il ne rendait cette humeur, pour ainsi dire, qu'en bavant, et même après avoir pressé le périnée; je l'engageai à se soumettre pendant quelque temps à l'usage d'une algalie portée jusqu'à la vessie; je préférai ce moyen à celui des bougies, parce qu'il n'y avait pas d'embarras dans l'urètre, et que, quoique enfoncées jusqu'au col de la vessie, elles auraient pu ne pas s'opposer à l'entrée de l'urine dans la poche du périnée, au moment du besoin d'uriner. Le lendemain j'introduisis une sonde courbe ordinaire dans l'urètre; mais ne pouvant la faire pénétrer au delà de la tumeur, j'en pris une en S d'un petit diamètre, que je portai dans la vessie, sans éprouver beaucoup de difficulté. Après l'avoir assujettie, de crainte qu'elle ne fût expulsée par l'action de ce viscère, je recommandai au malade de la déboucher toutes les trois heures, ou environ, d'observer le repos dans le lit, de boire modérément, et de s'abstenir de nourriture solide. Il suivit mes conseils pendant cinq jours. La tumeur ne se reformant plus, puisqu'il ne s'y portait pas d'urine, on pouvait concevoir des espérances de guérison, par le moyen de la sonde; mais impatient, il retira cet

instrument de la vessie, et ne voulut plus en faire usage. Quelque temps après, on lui mit des bougies; comme il n'en retirait aucun avantage, il y renonça, et se borna à comprimer avec ses doigts la région du périnée lorsqu'il urinait. J'ai revu ce postillon deux ans après le premier traitement. La tumeur du périnée me parut acquérir plus de volume pendant le pissement. La poche qui recevait l'urine était très-adhérente aux téguments et formait ensemble une peau dure et très-dense. Il y avait encore lieu d'en obtenir la guérison, s'il eût voulu se soumettre à un nouveau traitement.

» Il résulte de ce fait, 1° qu'une forte contusion à la région du périnée peut causer la rupture d'une partie des tuniques de l'urètre, ou la perte de leur ressort, au point que les urines n'éprouvant plus en cet endroit une réaction suffisante des parois du canal dans leur passage, leur cours s'y ralentit; elles dilatent, par leur poids, la partie affaiblie, et s'y forment une poche particulière; 2° que l'épanchement de l'urine se borne long-temps dans cette poche, qu'il n'y cause pas d'accidents, et ne produit qu'une incommodité supportable; 3° que le sac qui reçoit l'urine, s'endurcissant à la longue, et devenant comme tanné par les matières salines qu'elle y dépose, est moins susceptible de s'enflammer et de se percer. » (Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires*, t. II, p. 241.)

Un symptôme encore très-significatif de la déchirure de l'urètre, c'est la cuisson très-vive que les malades éprouvent en urinant, et incomparablement plus intense que celle de la blennorrhagie la plus aiguë. Cette douleur résulte du contact irritant de l'urine avec la plaie. Nous croyons cependant que M. J. Franc a un peu exagéré l'importance de ce signe, ou qu'au moins il l'a trop généralisée. Dans plusieurs cas que nous avons été à même d'observer, nous n'avons point eu à noter cette douleur si vive au moment où les urines traversent le canal, et les plaintes du patient ont toujours été moins accusées que dans la blennorrhagie.

Lorsqu'il y a plaie contuse et perforation complète du canal, il peut y avoir hémorrhagie par la plaie et par l'urètre, difficulté ou même impossibilité d'uriner, bien qu'une partie de l'urine puisse s'échapper par la plaie. La dysurie ne se manifeste pas d'abord; mais quand les parois de l'urètre sont infiltrées de sang, d'urine et tuméfiées par l'inflammation, du sang coagulé dans le canal de l'urètre peut encore ajouter à l'obstacle qu'éprouvent les urines à sortir. Alors même, quand l'urine peut avoir une voie de plus pour s'échapper, la crevasse, elle peut être forcée de s'infiltrer dans les tissus. Nous avons rappelé un cas où une chute sur le périnée détermina une rupture de l'urètre et des téguments qui le recouvrent; il y avait à la fois infiltration et rétention d'urine: il s'agit de l'observation que nous avons empruntée au Journal de Desault.

Quant aux plaies par instrument tranchant qui intéressent toutes les parois de l'urètre, elles sont tellement simples que, jusqu'à ce qu'elles soient fermées, elles livrent passage à l'urine sans exposer à l'infiltration. Celles qui sont incomplètes et qui n'ont fait qu'entamer en dehors le tissu spongieux ne diffèrent en rien des autres plaies du tissu érectile veineux. Les scarifications faites dans l'urètre et les fausses routes montrent que ces plaies incomplètes faites de dedans en dehors ne sont pas toujours graves.

Le *diagnostic des contusions*, *des déchirures*, *des plaies contuses de l'urètre* est en général très-facile. Après une chute ou un coup sur le périnée, la région de l'urètre est douloureuse, tuméfiée, il peut y avoir ecchymose sous la peau; les urines, quoique rendues avec difficulté, n'aggravent point la douleur d'une manière notable à leur passage dans l'urètre; on a affaire à une contusion de ce canal. Ce diagnostic est certain, surtout s'il n'y a pas eu d'hématurie.

Une déchirure de l'urètre, qui ne comprend que ses parties internes, se distingue de la contusion par l'hémorrhagie urétrale et l'exagération de la douleur au moment où l'urine touche à ce point malade, et puis par le degré plus élevé des accidents.

Une plaie contuse du canal qui a détruit toute l'épaisseur de ses parois dif-

fère de la déchirure en ce que, dans la plaie contuse, une sonde passée dans l'urètre se sent à nu au fond de la solution de continuité, et que l'urine, au moment de la miction, s'échappe souvent entre ses lèvres.

Quant aux plaies pénétrantes par instrument tranchant, ce sont au fond les mêmes caractères, avec cette différence qu'ils se dessinent plus nettement. Le diagnostic se fait tout seul.

Pronostic des contusions, déchirures, plaies contuses et plaies de l'urètre par instrument tranchant. Ce qui surtout est grave dans les plaies de l'appareil urinaire, c'est le contact de l'urine, son infiltration dans les tissus environnant les organes qui composent cet appareil. L'urètre, sous ce rapport, se trouve dans des conditions qui rendent ces deux accidents et moins fréquents et moins graves, car l'urine n'est en contact avec la plaie qu'à des intervalles assez longs, et, quand l'infiltration a lieu, c'est à travers un tissu cellulaire extra-abdominal, lequel est séparé du péritoine par une ou plusieurs aponévroses. A la suite des plaies de la vessie et de l'urètre il n'en est pas ainsi ; l'urine est toujours en contact avec la plaie, et son infiltration se fait dans un tissu cellulaire ayant des rapports directs avec la grande séreuse. Ainsi, on peut dire, en général, que plus les plaies se rapprochent de la terminaison de l'appareil urinaire, moins elles sont graves. Cette loi s'applique aux plaies de l'urètre ; en effet leur gravité augmente à mesure qu'elles s'éloignent du gland, parce que le canal, en marchant vers la vessie, se met en rapport avec de nouvelles couches organiques (je fais allusion ici aux accidents et non à la difficulté de la réunion des plaies de l'urètre, car, à ce point de vue, c'est la proposition inverse qui pourrait être soutenue, comme je le dirai plus tard). D'abord, il n'est entouré que par un tissu spongieux, érectile, une trame cellulaire lâche et la peau ; puis, il se met en rapport avec les bourses, il traverse l'épaisse cloison périnéale, et, en premier lieu, l'aponévrose superficielle et moyenne, il passe entre celle-ci et la supérieure ; là il est enveloppé par la prostate. Les plaies de cette portion de l'urètre présentent des caractères que j'indiquerai dans le chapitre suivant, en parlant des blessures de cette glande. Les diverses connexions de l'urètre étant connues, on prévoit les conséquences pratiques. Il y a même une partie de l'urètre qui est réduite aux membranes propres de ce canal, c'est la paroi inférieure de la fosse naviculaire. Eh bien ! sur ce point, quelle gravité peuvent avoir les solutions de continuité ? Aussi tous les jours on incise sur cette partie pour agrandir le méat, et cela sans causer le moindre accident. » (Vidal, de Cassis, *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, t. v, p. 260.)

Nous n'avons rien à ajouter au pronostic tel que l'a posé M. Vidal de Cassis, nous insisterons seulement sur la fréquence et sur la gravité des rétrécissements qui suivent les blessures de l'urètre. Dupuytren et la plupart des bons observateurs ont fait depuis long-temps la remarque qu'il est très-difficile de guérir ces coarctations.

« Les cicatrices qui résultent des pertes de substances peuvent oblitérer le canal dans une plus ou moins grande étendue.

» Quelquefois, c'est une valvule obstruant complétement l'urètre ; d'autres fois, cette valvule est ouverte à son centre ou sur un des points de son pourtour.

» Des brides latérales, plus ou moins étendues, occupent, dans certains cas, une partie seulement de la circonférence de l'urètre. Quand ces cicatrices siégent dans la portion du canal qui fait partie de la verge, elles peuvent, comme je l'ai indiqué, incurver cet organe en différents sens, suivant leur position ; et la courbure pendant l'érection est d'autant plus considérable que la cicatrice est plus étendue en surface et en profondeur.

» Ces brides peuvent s'étendre, parfois, d'un point du canal à un point diamétralement opposé, et diviser la lumière de ce conduit en deux parties égales, comme on l'observe souvent à son orifice au gland.

» Enfin, la cicatrice résultant d'une perte de substance peut se former autour d'une ouverture accidentelle qu'elle

borde, en quelque sorte, en s'étendant plus ou moins en surface du côté de la peau ou du côté de la membrane muqueuse. » (J. Franc, *Observations sur les rétrécissements de l'urètre par cause traumatique, et sur leur traitement,* p. 146.)

Traitement des contusions, des déchirures, des plaies contuses de l'urètre et de ses plaies par instrument tranchant. Dans ces blessures, il n'y a que deux accidents qu'on peut appeler pressants, ce sont : l'hémorrhagie et la rétention d'urine. On comprend que le premier, s'il est intense, donne une inquiétude réelle. Que le sang sorte uniquement par le canal, ou par la plaie, ou par ces deux voies à la fois, le moyen qu'il convient de diriger contre l'hémorrhagie est toujours le même, c'est la sonde. Introduite dans l'urètre, elle en comprime les parois et s'oppose souvent par là d'emblée à l'écoulement sanguin. Si la sonde à demeure ne suffisait pas, on pourrait comprimer par un bandage méthodique les parois urétrales contre l'instrument, et ce serait un moyen sûr de se rendre maître de l'écoulement du sang. Mais, en général, il est inutile de recourir à cet auxiliaire. Quand un simple repos n'a pas arrêté l'hémorrhagie, il suffit le plus souvent de passer et de laisser séjourner une sonde quelque temps dans l'urètre. Nous ne saurions citer à l'appui de cette proposition un exemple plus concluant que l'observation suivante :

Obs. 7. « *Coup de pied dans le périnée; perte de substance de l'urètre ; hémorrhagie très-abondante du canal arrêtée au moyen d'une sonde; rétrécissement à cinq pouces; sondes à demeure; cautérisation, dilatation sans résultat.*

» Prades (Jean), de Montpellier, âgé de quarante-un ans, reçoit en décembre 1825 un coup de pied de l'un de ses camarades, à la partie postérieure de la portion spongieuse du canal de l'urètre : une hémorrhagie très-abondante en est la suite. La glace et les révulsifs sont vainement mis en usage pour l'arrêter ; elle ne peut être suspendue que par l'introduction d'une sonde en gomme élastique très-volumineuse, qu'on laisse à demeure pendant quinze jours. Les douleurs que le malade ressentait dans le canal cessent aussi en même temps, mais pour reparaître au bout de quelques jours avec une nouvelle intensité. Prades s'aperçoit alors qu'il n'urine que goutte à goutte. Il entra à l'hôpital d'Aigues-mortes, et garda pendant quarante-six jours dans le canal une sonde en gomme élastique : léger soulagement. Une autre sonde est introduite, quinze jours après la suppression de la première, et laissée à demeure pendant un mois. Les douleurs qu'elle détermine imposent la nécessité de l'enlever alors ; et depuis cette époque jusqu'au 4 juin 1826, jour où Prades est entré à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi, rien n'est introduit dans le canal du malade.

» Le 5 juin, à l'aide d'un porte-empreinte, on s'assura de l'existence du rétrécissement à cinq pouces : l'ouverture en est au centre. Une sonde renfermant un mandrin droit est introduite, et sert à faire reconnaître à M. Lallemand l'existence d'une membrane mince en forme de diaphragme qui forme l'obstacle. En promenant le doigt sur le trajet extérieur du canal, on sent au point correspondant une petite tumeur dure, de la grosseur d'une lentille.

» Le 6, cautérisation à l'aide d'une bougie, à l'extrémité de laquelle on a placé un morceau de nitrate d'argent, et que l'on renferme dans une sonde de même métal ouverte à ses deux extrémités : peu de douleur pendant l'opération.

» Le 7, *écoulement des urines plus facile.* Dans la nuit les eschares se détachent, et *les urines, qui ne sortaient que par un très-petit jet, s'échappent par un jet très-volumineux :* leur passage détermine une douleur assez vive dans le point cautérisé.

» Le 12, *émission des urines facile,* mais sortant divisées en deux branches : plus de douleur, écoulement léger jusqu'au 16.

» Le 17, deuxième cautérisation, sans faire usage de la sonde en argent pour y renfermer le caustique ; la partie saine du canal est intéressée. Douleurs vives pendant l'opération, se prolongeant les jours suivants, accompagnées de difficulté d'uriner et de céphalalgie, quelques bains dissipent ces phénomènes. Rien de particulier jusqu'au 29, jour où l'on ne peut faire passer la sonde à travers l'obstacle : les bougies du plus petit volume

ne peuvent pénétrer, à cause sans doute de la présence des eschares qui n'ont pas été rendues. Écoulement de sang mêlé à une matière purulente le 30. (Bain le 1er juillet.)

» Le 3, cautérisation, douleurs et inflammation vives dans le canal, se propageant jusqu'au gland, qui est très-rouge. (Bains.) Le 5, une grande quantité d'eschares est rendue, *le jet de l'urine est volumineux, le liquide est projeté à une certaine distance.*

» Il reste encore un peu d'inflammation : elle est entièrement dissipée le 9. A cette époque, une bougie à ventre extrêmement volumineuse est introduite et conservée jusqu'au 17, jour où le malade sort et paraît entièrement guéri.

» Prades est rentré au bout de vingt-six jours ; l'émission des urines était aussi difficile que lorsqu'il était venu pour la première fois. On eut beaucoup de peine à pénétrer dans le rétrécissement à l'aide d'une sonde droite. Plusieurs cautérisations furent faites : *à la suite de chacune d'elles, le jet de l'urine devenait volumineux et se portait à une grande distance;* mais, au bout de quinze jours, ces avantages étaient perdus en grande partie. Le malade a quitté Saint-Éloi, sans être guéri d'une manière définitive.

» Le traumatisme a été ici fort grave, et il est à peu près certain qu'il y a eu *perte de substance du canal;* ce qui semble démontré par l'abondance de l'hémorrhagie et par la tendance brusque de l'urètre à se rétrécir quelque traitement qu'on ait employé.

» On a pu remarquer que l'hémorrhagie a été si considérable qu'il a fallu employer immédiatement la glace et les révulsifs; et elle n'a cessé cependant que par l'introduction d'une sonde volumineuse, qu'on a laissée dans le canal.

» Cette hémorrhagie abondante devait se faire évidemment par une grande surface. On n'a pas pu constater la sortie des eschares, à cause de la présence de la sonde; mais il est probable qu'elles se sont échappées en détritus entre celle-ci et le canal.

» On a pu voir qu'on a fait chez Prades un long usage de la sonde à demeure; mais on a employé trop long-temps le même instrument. Il est impossible que le canal n'ait pas beaucoup souffert des dégradations que les sondes éprouvent alors par le contact des urines.

» La cautérisation a été employée aussi à plusieurs reprises, et on a constaté toutes les fois que les urines coulaient mieux soit après la cautérisation, soit après la chute des eschares. Mais on n'a pas retiré de cette amélioration le fruit qu'on pouvait en obtenir en combinant assez long-temps l'emploi des sondes avec la cautérisation. Le canal s'est toujours rétréci, parce que la nouvelle cicatrice n'a pas eu le temps de s'organiser étalée sur la sonde. C'est à cela, je crois, qu'il faut attribuer l'insuccès des traitements qui ont été mis en usage chez le malade.

» Il faut toujours beaucoup de temps dans ces cas pour que la cicatrice se forme d'une manière convenable, et pour qu'elle perde, par l'emploi de la sonde, sa tendance au resserrement concentrique. » (J. Franc, *Observations sur les rétrécissements de l'urètre par cause traumatique et sur leur traitement*, p. 62.)

Passer une sonde dans l'urètre, ceci est toujours facile jusqu'à la blessure, mais il peut arriver que le boursouflement des lèvres de la plaie et le gonflement des parois urétrales s'opposent à ce que l'instrument pénètre plus avant. C'est une position difficile en cas d'hémorrhagie et de rétention d'urine. Verguin, dans l'impossibilité d'arriver dans la vessie par l'urètre et par une crevasse du périnée, se vit dans l'obligation de faire la ponction par l'hypogastre. Après avoir ainsi paré aux premiers accidents, il engagea une sonde par la ponction hypogastrique et de là dans le col vésical et dans l'urètre et s'en servit comme d'un conducteur pour passer une autre sonde par l'extrémité externe du canal.

Obs. 8. « En 1757, un calfat, travaillant sur la hune d'un vaisseau, tomba à califourchon sur une vergue et de là sur le pont. On le trouva sans connaissance; il la recouvra peu de temps après. Son corps, et particulièrement le bassin, avaient souffert une forte commotion. Dans le premier choc, le périnée, le scrotum et une partie des cuisses avaient été violemment contus. Ces parties étaient

ecchymosées et tuméfiées par du sang épanché. Le blessé étant pansé, on remarqua qu'il ne pouvait uriner et que la vessie était remplie d'urine. Après avoir tenté en vain de le sonder, on fit une incision au périnée, laquelle procura la sortie de beaucoup de sang et d'une petite quantité d'urine. Le blessé ne fut pas soulagé. On le transporta le lendemain à l'hôpital de Toulon. Il avait la respiration très-gênée, le ventre tendu, la vessie tuméfiée par la rétention de l'urine. On ne put parvenir à introduire la sonde dans ce viscère, ni par la verge, ni par la plaie du périnée. M. Verguin reconnut que la portion de l'urètre qui se trouve au-devant de la prostate était déchirée et détruite, de sorte que la sonde paraissait à nu dans le périnée. L'impossibilité de porter cet instrument dans la vessie, et les accidents de la rétention de l'urine le déterminèrent à faire la ponction au-dessus du pubis, et à laisser la canule du trois-quarts adaptée à la vessie au moyen de liens convenables. L'évacuation de l'urine rétablit peu à peu la liberté de la respiration et la diminution des accidents. La plaie du périnée suppura, des eschares gangréneuses s'en détachèrent, les urines en sortirent, mais il ne s'en écoulait point par la verge. Au bout de quelque temps, ne pouvant encore parvenir à porter la sonde par l'urètre dans la vessie, à raison de la destruction d'une partie du canal, et désirant rétablir la route naturelle des urines, M. Verguin imagina le procédé suivant, qu'il pratiqua après en avoir éprouvé le succès sur le cadavre. Il retira la canule, placée dans la vessie au-dessus du pubis, et y substitua, sans difficulté, une algalie courbe. Il en dirigea le bec dans l'orifice du col de ce viscère, et l'y enfonça le plus qu'il lui était possible. Cette sonde étant ainsi fixée par un aide, il en introduisit une autre semblable par l'ouverture du gland, et l'enfonça dans l'urètre jusqu'à la plaie du périnée ; puis, à l'aide du doigt mis dans cette plaie, il dirigea la sonde, introduite par le gland, vers le bec de celle qui occupait le col de la vessie, et parvint à faire passer la seconde sonde dans la portion du canal embrassée par la prostate, et de suite dans la cavité de ce viscère, en retirant peu à peu la sonde qui s'y trouvait placée, et qui était entrée par la région du pubis. Le cours des urines étant libre par l'algalie qui restait dans l'urètre, et qui était convenablement assujettie par des liens, l'ouverture faite par le trois-quarts se ferma en peu de jours. La suppuration de la plaie du périnée devint d'une bonne nature, les chairs se rapprochèrent et recouvrirent la sonde qui y paraissait à nu. On continua l'usage de cet instrument jusqu'à ce que la cicatrice extérieure fût achevée : on lui substitua une grosse bougie faite avec de la toile imprégnée de cire et d'huile : on se servit de bougies pendant quelque temps, afin de prévenir le resserrement de la portion de canal qui s'était formée par le rapprochement et la consolidation des chairs voisines et pour en maintenir le calibre dans le degré d'élargissement convenable au passage des urines. Cette cure a été terminée dans l'espace de trois mois, après lesquels le blessé, jouissant d'une bonne santé, est sorti de l'hôpital. Un membre de l'Académie, qui était élève à l'hôpital de Toulon, lorsque M. Verguin a donné ses soins à ce calfat, confirme, comme témoin oculaire, la vérité de ce fait. Nous avons tenté plusieurs fois sur le cadavre le procédé que M. Verguin a suivi et il a réussi ; mais il n'est guère applicable que dans les circonstances où il a été employé. » (Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires*, t. II, p. 239.)

Certes, le procédé de M. Verguin est extrêmement ingénieux ; il ne pouvait tirer un meilleur parti d'une complication comme la ponction hypogastrique.

Une fois qu'on a paré aux premiers accidents, il reste à favoriser et à diriger la cicatrisation de la plaie urétrale, en faisant en sorte qu'elle ne soit pas suivie d'un rétrécissement. Pour obtenir ce but il est important de maintenir la sonde à demeure dans le canal pendant le travail de la réunion, et long-temps encore après qu'il est achevé. On connaît en effet la rétractilité du tissu cicatriciel ; et si elle n'amène en général que des difformités ou tout au plus des infirmités, elle pourrait produire ici une ma-

ladie, et une maladie grave : la rétention d'urine. Si l'on n'a pas été appelé à temps et que le rétrécissement se soit établi, il faudra le traiter par la dilatation progressive, par l'incision des brides, etc. Nous reviendrons longuement sur ce traitement à l'article RÉTRÉCISSEMENT de l'urètre. S'il restait une fistule urinaire on la combattrait, en détournant l'urine d'abord, ou en faisant la suture ou même l'autoplastie (voy. *Fistules de l'urètre*).

ARTICLE III.

Corps étrangers de l'urètre.

Fidèles à la marche que nous avons suivie pour les corps étrangers de la vessie, nous ne décrirons pas les calculs de l'urètre avec les corps étrangers proprement dits de ce canal et nous commencerons par ces derniers.

Nous retrouvons ici presque tous les corps étrangers que nous avons vus dans la vessie ; seulement les exemples en sont moins nombreux, parce qu'à moins d'un obstacle accidentel éprouvé dans son trajet, un corps qui a pénétré dans l'urètre a de la tendance à s'enfoncer toujours davantage, le canal exerçant sur lui une sorte de déglutition ; il l'avale, suivant l'expression de MM. Gerdy et Vidal de Cassis. Les corps pointus, comme les épingles, sont ceux qui s'arrêtent le plus souvent dans l'urètre de la femme ; la dilatabilité de son canal permettant facilement à ceux qui sont dépourvus d'aspérité d'avancer et de pénétrer dans la vessie. Morgagni rapporte plusieurs exemples d'épingles à tête d'ivoire arrêtées dans l'urètre. Chez l'homme ce sont ordinairement les instruments employés pour combattre les maladies de l'urètre, tels qu'une sonde de gomme élastique laissée dans l'urètre assez long-temps pour s'y rompre quand on veut l'en retirer.

OBS. 1re. « *Sonde élastique rompue dans l'urètre.*

En 1788 on reçut à l'hôpital de la Charité un homme, âgé de soixante ans, qui avait la vessie paralysée ; il portait une sonde de gomme élastique qui lui servait depuis trois mois. Lorsque M. Boyer voulut la retirer pour en placer une autre, elle se cassa dans le milieu de sa longueur. Le fragment qui resta dans l'urètre répondait à la partie moyenne du canal. Ce chirurgien tenta de l'amener du côté du gland, en comprimant le long du périnée de derrière en avant. Ces tentatives n'eurent point de succès. Il se servit de la sonde à gaîne, et tira facilement ce fragment, qui avait quatre pouces de longueur. » (Chopart, *lieu cité*, t. II, p. 300.)

Une sonde d'argent qui avait fait fausse route se cassa dans l'urètre, où son extrémité vésicale resta engagée. Il est arrivé aussi plusieurs fois que la cuvette des porte-caustiques, se dessoudant, est demeurée dans le canal. Dans un cas, que nous rapporterons dans son lieu, il se forma dans l'urètre une eschare cylindrique, dont la chute élargit momentanément le canal, mais qui n'empêcha pas le rétrécissement de se reproduire. M. Leroy-d'Étiolles a été récemment appelé pour extraire une cuvette qui s'était ainsi détachée du porte-caustique de M. Lallemand.

Un coup de feu peut détacher une esquille du bassin et la ficher dans l'urètre ; cette esquille peut être produite par une autre cause comme dans l'observation suivante :

OBS. 2. « *Esquille de l'os pubis fichée dans l'urètre.*

» Un soldat, âgé de vingt-cinq ans, se trouva enfoui sous les débris d'un souterrain qui écroula pendant qu'il travaillait à égaliser de la terre qui recouvrait ce souterrain. Retiré de ce précipice, il avait les extrémités inférieures insensibles et sans mouvement, des mouvements convulsifs, des marques de contusion en diverses parties du corps, et se plaignait de douleurs aiguës à la région du pubis. On ne reconnut au bassin ni ailleurs aucune lésion des os. Les accidents se calmèrent par les remèdes généraux. La fièvre survint avec redoublement ; il se plaignait d'élancements au-dessus du pubis ; il eut des envies fréquentes d'uriner ; les urines, qui, depuis la chute, étaient rouges, brûlantes et bourbeuses, sortirent avec difficulté,

goutte à goutte, à petit jet et en causant des cuissons insupportables. Enfin, au bout de deux mois, il parut un abcès qui s'étendit du pubis au périnée, mais qui s'ouvrit dans la voie urinaire; car il sortit beaucoup de pus verdâtre par l'urètre, sans et avec les urines. Le malade éprouva du soulagement. La fièvre, quoique moins forte, continua; les urines déposèrent long-temps du pus; l'écoulement de cette matière par la verge subsista, et causait souvent des cuissons violentes dans le canal, suivies de douleurs aiguës sous le pubis. Ces douleurs, la difficulté de rendre les urines qui sortaient quelquefois à plein canal, et qui s'arrêtaient ensuite, ou ne coulaient que goutte à goutte ou par filet, déterminèrent à sonder ce soldat. On ne sentit aucun corps étranger ni dans le canal ni dans la vessie. Quoiqu'il n'eût aucun symptôme de vérole, on le détermina, plusieurs mois après avoir employé différents remèdes, à subir le traitement antivénérien, et il n'en éprouva aucun soulagement. Il fut à Bourbonne prendre les eaux, recevoir des douches, et il se fit des injections dans le canal, mais sans succès. A Besançon, on le crut encore attaqué de la maladie vénérienne, et il subit un traitement par les frictions mercurielles, qui causèrent une salivation abondante. Les douleurs du canal et de la région du pubis devinrent plus vives; on employa l'opium, et elles se calmèrent. Transporté à l'hôpital de Dôle, puis à celui de Saumur, il fut sondé par divers chirurgiens, et tous pensèrent qu'il n'existait pas de corps étranger dans la voie des urines. On le renvoya à Paris, et il entra à l'Hôtel-Dieu le 2 janvier 1786, quatre ans après sa chute dans le souterrain. Il était dans un état de marasme, ayant tous les jours la fièvre, éprouvant les mêmes accidents tant pour l'écoulement purulent que pour la difficulté d'uriner et les douleurs sous le pubis. M. Desault le sonda et sentit dans l'urètre, sous la symphyse, un corps étranger très-dur, un peu mobile, et qui rendait les douleurs plus vives lorsqu'on le touchait avec la sonde ou qu'on appuyait les doigts sur cette région. L'état de faiblesse du soldat, la rigueur de la saison, portèrent à n'employer, pendant trois mois, que les adoucissants et les restaurants. Les accidents étant palliés, M. Desault fit, le 27 mars de la même année, l'extraction du corps étranger, qui était une grosse esquille du pubis détachée par la suppuration, et fichée dans l'urètre. L'opération consista à introduire un cathéter jusqu'à l'obstacle sous le pubis, à inciser les téguments du périnée, et, sur la cannelure de l'instrument, l'urètre dans une étendue suffisante, et à tirer ensuite avec des pinces à anneaux l'esquille qui était sensible au doigt porté dans l'incision du canal. Il ne survint, les premiers jours, aucun accident. L'urine sortait autant par la plaie que par la verge. Le 31 mars, ce soldat eut la visite d'une femme qui lui occasionna des érections fréquentes et douloureuses. Le soir, il s'écoula du sang par la plaie; dans la nuit, il fut fort agité, eut de la fièvre, de la toux et une hémorrhagie abondante. M. Desault arrêta le sang au moyen d'une compresse faite à l'aide d'une sonde élastique passée par la verge dans la vessie, et de bourdonnets liés introduits dans la plaie et soutenus de charpie, de compresses et d'un bandage convenable. La fièvre subsista avec des redoublements suivis de sueur; le ventre devint tendu et peu douloureux; les urines étaient bourbeuses et en petite quantité. On employa les délayants, etc. Le surlendemain on prescrivit une boisson de tamarin légèrement aiguisée, qui produisit des évacuations bilieuses. Cependant les redoublements de fièvre continuèrent; la toux augmenta, la suppuration fut de mauvaise qualité, l'éjection des urines douloureuse; les évacuations du ventre devinrent très-putrides. Le neuvième jour de l'opération, les convulsions et le délire survinrent, et le lendemain la mort termina cette longue et fâcheuse maladie. L'ouverture du corps apprit que les reins, très-gras, contenaient une matière purulente, ainsi que les uretères qui étaient très-dilatés. La vessie était petite, racornie, sans crevasse, ni ouverture fistuleuse; mais sa tunique interne était en putréfaction. La prostate était dure, squirrheuse et du double de son volume

ordinaire. On trouva un foyer purulent entre la vessie et le pubis, il s'étendait le long de la face interne de la branche verticale de cet os, passait à travers le trou ovalaire, et se terminait dans la plaie. Cette branche du pubis était cariée ; plusieurs esquilles en étaient séparées et se trouvaient dans les parties voisines ; l'esquille, qui avait été extraite, et qui s'était engagée dans l'urètre, venait aussi de la branche du pubis qui avait été vraisemblablement fracturée lors de la chute du soldat. Cette fracture, qui a été méconnue, et dont il était peut-être difficile de reconnaître l'existence, a été la cause de l'abcès qui s'est ouvert dans l'urètre, et de tous les accidents qui sont survenus. » (Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires*, t. II, p. 297.)

Cette observation est un exemple de plus des dangers qu'apportent dans les affections comme dans les opérations de la verge, les changements de volume de cet organe, c'est-à-dire l'érection, qu'il est souvent impossible d'empêcher.

Les *symptômes des corps étrangers* dans l'urètre étant à peu près les mêmes que pour les calculs de ce canal, nous n'y insisterons pas ici. Ce sont : une douleur plus ou moins vive, du spasme dans la partie, quelquefois une hématurie légère ; des envies d'uriner ; des difficultés d'uriner ; dans quelques cas, la rétention d'urine. Les antécédents et le cathétérisme, le toucher par le vagin ou par le rectum suffisent avec ces données pour établir le *diagnostic*.

Cependant il y a ici un écueil qu'il est bien important d'éviter. Un corps étranger des voies aériennes et digestives, de l'œil, etc., laisse après son extraction une sensation qui en impose au malade ; il croit encore sentir à la même place le corps dont il est délivré. Eh bien ! la même illusion se retrouve ici, mais dans des conditions qui ont quelque chose de moins explicable. En effet, pour les corps étrangers de la trachée, de l'œsophage, etc., la douleur insidieuse qu'ils laissent après eux, et qui fait croire encore à leur présence quand ils sont expulsés, tient à la vive irritation qu'ils ont provoquée et qu'on n'a pu faire disparaître avec eux. Mais ici le temps écoulé depuis l'expulsion du corps étranger paraissait bien long pour que l'idée d'une semblable interprétation pût se présenter à l'esprit. Cette observation montre aussi combien le porte-empreinte est souvent infidèle, et combien il peut être imprudent de se laisser déterminer à pratiquer une opération sérieuse par les seules sensations du malade, qui sont si fréquemment trompeuses.

Obs. 3. « *Rétrécissement traumatique ; fragment de sonde perdu derrière l'obstacle ; rupture du canal ; infiltration d'urine, gangrène, etc. Incisions ; sondes à demeure pendant cinq mois.*

» Brouillet (Antoine), cultivateur, domicilié à Boisseron, âgé de vingt-sept ans, bien constitué, peu intelligent et surtout peu soucieux de son état, vint à l'hôpital Saint-Éloi, le 21 décembre 1843, disant avoir dans le canal une portion de sonde qui s'y était rompue.

» Voici ce qu'il rapporte : Il y a douze ans, il contracta une chaudepisse cordée, et rompit la corde en appliquant un coup de poing sur l'organe enflammé ; aussitôt hémorrhagie abondante, douleurs atroces au passage des urines. Environ trois mois après, un abcès, survenu au-devant du scrotum s'ouvrit, suppura long-temps, et fut pour le malade une cause de réforme militaire. Mais bientôt il fut forcé d'avoir recours au cathétérisme pour un rétrécissement situé au-devant du scrotum ; il apprit à se sonder lui-même, et se servit habituellement d'une sonde n° 2 de gomme élastique ; il y a quinze jours, en la retirant, il remarqua qu'elle était brisée à 5 centimètres environ de son extrémité. Le même jour, inflammation violente, dysurie. La gravité des accidents, qui allaient toujours en augmentant, força le malade à venir réclamer des secours à l'hôpital.

» A l'examen, on trouva la verge énormément tuméfiée, il s'en écoulait une suppuration abondante et fétide ; des tentatives répétées de cathétérisme ne purent faire pénétrer une sonde dans la vessie. Le métal de l'instrument était ramené au dehors couvert d'un enduit brunâtre ; cette circonstance, jointe à l'odeur insupportable de la suppuration

fournie par le canal, indiquait la gangrène des parties. La sonde arrivait jusqu'à la courbure de l'urètre, où le doigt sentait, à travers le périnée, une dureté inégale, raboteuse, qui semblait être le bout de sonde dont le malade avait parlé. M. Lallemand lui proposa de pratiquer une incision sur ce point, pour extraire le fragment.

» Le 22 décembre, le porte-empreinte, introduit dans le canal, rapporte une tige à l'extrémité de laquelle se trouve une dépression, comme si un stylet avait pénétré dans la cire à mouler; cette dépression paraissait avoir été produite par l'extrémité du bout de sonde arrêté dans cette partie du canal.

» L'opération fut pratiquée de la manière suivante : tout étant disposé comme pour la taille, une incision allait être faite au périnée, lorsque le malade assura sentir la sonde arrêtée dans la partie du canal située au-devant du scrotum, à l'endroit du rétrécissement. Ses assertions étaient si formelles, qu'on incisa sur ce point; les tissus furent divisés dans une étendue de 2 centimètres environ, mais on ne trouva rien dans le canal; il s'écoula seulement de la plaie une suppuration abondante d'une odeur gangréneuse. Le doigt porté dans l'épaisseur des parties divisées, ramena un lambeau d'environ 50 millimètres de longueur, qu'on reconnut pour du tissu cellulaire infiltré et gangrené; en continuant ces tractions, l'opérateur ramena une portion du tissu spongieux de l'urètre, d'environ 25 millimètres.

» Il fallait cependant trouver le fragment de sonde; en conséquence, on pratiqua une seconde incision en arrière du scrotum comme pour la taille médiane; lorsqu'on fut arrivé dans le canal, une sonde cannelée fut introduite par en haut, une seconde par l'incision faite au périnée; elles se rencontrèrent et permirent de constater qu'il n'y avait aucun corps étranger dans toute cette étendue. Alors on prolongea l'incision périnéale du côté de la vessie, jusqu'au niveau de la prostate; mais le doigt indicateur et de longues pinces à pansement, tour à tour portés dans la plaie, ne trouvèrent aucun débris.

» En ce moment le malade insista pour que l'opération fût continuée, disant qu'il avait senti le fragment détaché tomber dans la vessie. La chose était possible, puisqu'il en existe des exemples; le chemin était d'ailleurs ouvert; le lithotome de Dupuytren, introduit par la plaie du périnée, fit une double incision superficielle au col de la vessie et à la prostate; les doigts et les tenettes explorèrent tour à tour la vessie, mais n'amenèrent l'extraction d'aucun corps étranger. Il était évident qu'il n'y avait de fragment de sonde nulle part.

» Après l'action du lithotome, les deux artères bulbeuses donnèrent du sang en jet; on arrêta l'hémorrhagie en portant dans la plaie un bouton de feu.

» Bien que l'état de ce malade parût désespéré, on ne pouvait pas laisser le canal ouvert de toutes parts, sans chercher à le régulariser; on résolut donc d'introduire une sonde dans la vessie et de la laisser à demeure, afin de favoriser la cicatrisation des parties et le rétablissement de l'urètre; mais l'exécution de ce projet présenta de grandes difficultés : arrivée à la portion du canal détruite par la gangrène, la sonde ne put pénétrer au delà qu'en suivant une sonde cannelée, introduite de bas en haut par le périnée, pour lui servir de guide; à la courbure de l'urètre, nouvelle difficulté pour pénétrer plus avant; le mandrin de la sonde fut alors retiré, et celle-ci, poussée avec le doigt par la plaie du périnée, put être portée jusque dans la vessie. Cette sonde n'était pas très-volumineuse (nº 5), mais elle servait à conduire les urines au dehors, et conservait la direction du canal. L'incision, pratiquée au-devant du scrotum, fut réunie avec des bandelettes agglutinatives circulaires, et une petite ouverture fut ménagée pour l'écoulement de la suppuration; la sonde put alors être fixée par-dessus avec du coton.

» Le malade fut couché comme après l'opération de la taille. Son calme contrastait avec la gravité des désordres; il était ravi qu'on n'eût pas trouvé le bout de sonde, et croyait qu'il ne lui avait été fait qu'une opération très-insignifiante; tous les symptômes cessèrent immédia-

lement, parce que l'urine et le pus, emprisonnés sous la peau, ainsi que les matières gangréneuses, avaient été éliminés.

» Le 23, pas de fièvre, soulagement remarquable ; l'urine passe par la plaie du périnée autant que par la sonde; grand appétit, sommeil profond.

» Le 25. Suppuration de bonne nature, les eschares produites par le feu sont tombées. La sonde est remplacée par une autre du nº 6. Le canal étant parfaitement tendu, une sonde droite et sans mandrin franchit aisément la partie qui est détruite par la gangrène, et pénètre jusqu'au-dessous des pubis ; alors, pour lui donner une courbure convenable, on y introduit un mandrin courbe, et un simple mouvement de bascule suffit ensuite pour la faire pénétrer dans la vessie.

» La sonde a été changée de la même manière tous les deux jours, en augmentant successivement son calibre jusqu'à ce qu'on fût arrivé au nº 12 ; une suppuration louable s'est établie ; des bourgeons charnus, d'un rouge vif, se sont développés, et la cicatrisation a marché rapidement. Un embonpoint remarquable a bientôt remplacé la maigreur squelettique du malade, et la teinte jaune-paille qu'il présentait lors de son arrivée a fait place à une coloration qui annonçait le retour de la santé générale. La sonde n'a jamais causé la moindre incommodité.

» Enfin, le 22 mars, la plaie du périnée est entièrement cicatrisée; le malade se lève et se promène avec la sonde, qu'on laisse toujours à demeure ; la plaie de la verge est réduite à une petite fistule, qui pourrait admettre une lentille.

» Le 1er juin, il ne reste plus qu'un pertuis capillaire au-devant du scrotum ; le malade quitte l'hôpital; on lui recommande de garder encore quelque temps des sondes à demeure, ou tout au moins d'en passer une chaque fois qu'il voudrait vider sa vessie.

» Dans les blennorrhagies, lorsque l'inflammation s'est étendue jusqu'au tissu érectile de l'urètre, et lui a fait perdre son organisation spongieuse, il ne peut plus, pendant l'érection, se développer avec les corps caverneux ; la verge est alors courbée en bas, comme par une corde, ce qui a fait appeler *cordées* ces violentes urétrites. Si le coït a lieu dans cet état, ou si quelque effort violent tend à produire le redressement de la verge, le tissu spongieux de l'urètre, *ramolli* comme tous les tissus enflammés, se rompt, et les vaisseaux déchirés laissent échapper une quantité plus ou moins considérable de sang qui s'épanche quelquefois en grande abondance dans le tissu cellulaire sous-cutané, et d'autres fois s'écoule par le canal, en donnant lieu souvent à des hémorrhagies inquiétantes, difficiles à arrêter. Enfin l'urine peut s'introduire par cette déchirure, s'infiltrer au loin et produire des gangrènes, des abcès, etc. Dans tous les cas, après la guérison, il reste, dans le point déchiré, une cicatrice qui met obstacle au cours des urines et produit une nouvelle série d'accidents.

» Chez le malade qui nous occupe, il est probable qu'un bout de sonde, friable et de mauvaise qualité, se sera rompu dans le canal, et que la portion restée aura déterminé une inflammation aiguë de ces parties ; l'urètre, ramolli, se sera déchiré dans un point, sous les efforts de l'urine retenue par le rétrécissement ; la rupture du canal aura donné lieu à l'épanchement urineux qui a frappé de gangrène le tissu cellulaire du scrotum et de la verge ; de là ces vastes eschares, cette suppuration abondante et fétide qui colorait la sonde d'argent en noir. Au milieu de ces désordres, la portion de sonde restée dans le canal, s'étant décomposée, a pu s'échapper avec l'urine et la sanie sans que le malade s'en aperçût.

» Quant aux incisions, elles ont servi d'abord à débarrasser l'économie de cette vaste infiltration urineuse et de ces tissus gangrenés, qui auraient promptement amené la mort, moins encore par les désordres locaux qui en résultaient que par l'absorption incessante de matières délétères ; aussi le malade s'est-il trouvé soulagé dès qu'il a été transporté dans son lit, parce qu'il était délivré de cette infection miasmatique dont l'action s'étendait à toute l'économie. D'autre part,

cette incision au-devant du scrotum a facilité l'introduction de la sonde, qui, dès lors, a pu être guidée au milieu de ce délabrement; car, outre la gangrène du tissu cellulaire du scrotum et de la verge, il y avait encore destruction d'une portion du tissu spongieux de l'urètre, de sorte qu'on apercevait la teinte noire de la sonde dans l'étendue de 25 millimètres.

» Il est fâcheux sans doute qu'une double incision ait été faite au col de la vessie ; mais outre qu'elle n'était pas profonde et qu'elle a guéri promptement, il fallait s'assurer à tout prix de la présence ou de l'absence du fragment de la sonde dans cette cavité. On sait que tout corps étranger y devient bientôt la cause de calculs qui exigent plus tard une nouvelle opération, et la lithotritie eût été impossible avec un canal aussi détérioré. Le chemin étant ouvert, on a profité de cette circonstance pour mettre cet homme à l'abri de dangers ultérieurs. Une fois les manœuvres opératoires terminées, il s'agissait de tirer parti de ce qui avait été fait, et le résultat a prouvé qu'on avait eu raison de ne pas désespérer de rétablir ce canal, malgré les nombreuses difficultés que présentait l'exécution.

» Le peu de sensibilité et d'intelligence du malade a été cause de l'apathie avec laquelle il a laissé de graves désordres s'établir, et de l'incohérence de ses renseignements ; mais, d'un autre côté, ces conditions ont été favorables au succès de l'opération : ne comprenant pas la gravité de sa position, il n'a conçu aucune inquiétude. Aussitôt après l'opération, tous les accidents se sont dissipés ; le séjour d'une sonde à demeure pendant cinq mois ne l'a pas même incommodé ; pourvu qu'on lui donnât à manger, il était satisfait : tout s'est passé chez lui comme chez les animaux qu'on soumet à des expériences. » (Lallemand, *Clinique médico-chirurgicale*, 1re part. p. 115.)

Le *pronostic* n'est pas en général très-grave ; ce qu'il y a de plus à craindre c'est la chute du corps étranger dans la vessie. Lorsque la cuvette chargée reste dans l'urètre, le sel qu'elle porte est une grave complication. La profondeur du siége du corps étranger, sa configuration, son volume, en un mot les difficultés de son extraction, aggravent encore le pronostic.

Le *traitement* est à peu près le même que pour les calculs de l'urètre ; comme nous l'exposerons avec détails à l'occasion de cette dernière maladie, nous ne l'indiquerons ici qu'en ce qu'il offre de spécial par rapport à certains corps étrangers qui s'éloignent des calculs par la forme et par les moyens d'extraction.

Voici un procédé qui fait honneur au chirurgien qui l'a employé :

Obs. 4. « *Sonde d'argent cassée dans l'urètre.*

» Un habitant de la ville de Charmes, en Lorraine, âgé de quatre-vingt-cinq ans, sujet, depuis huit ans, à la rétention d'urine, eut, en novembre 1776, une attaque de cette maladie, qui le força d'aller à minuit chez son chirurgien, qui était très-âgé et qui le sondait habituellement. Il est probable que le chirurgien, portant la sonde vers le col de la vessie, fit une fausse route et enfonça cet instrument devant le rectum. Il ne sortit pas d'urine, mais beaucoup de sang. Ce qui fut le plus fâcheux, c'est qu'il ne put retirer la sonde de l'urètre. Il engagea le malade à en tenter l'extraction. Celui-ci, faisant de vains efforts, la cassa à sa courbure et n'en ôta que la partie droite ; celle qui était courbe et de la longueur de quatre pouces resta engagée dans le canal et dans les parties voisines. Le chirurgien, ne pouvant parvenir à extraire cette portion de la sonde, le détermina à retourner à sa maison, et lui fit espérer quelque soulagement. Trois heures après, les douleurs que ce vieillard éprouva le forcèrent de revenir implorer de nouveaux secours. De nouvelles tentatives ne furent pas plus heureuses que les premières, il se vit encore obligé de revenir à son domicile sans avoir obtenu aucun soulagement. Sur les sept heures du matin le chirurgien vint, avec M. Roussel, maître en chirurgie de la même ville, dans le dessein de faire une incision au périnée pour extraire ce corps étranger. M. Roussel reconnut que l'extrémité antérieure de l'algalie répondait dans le canal à un pouce au-devant de l'anus. Au lieu de pratiquer l'opération projetée,

il tint le fragment de sonde assujetti avec le pouce et l'index de la main gauche contre le périnée, et le fit remonter selon la direction du canal vers le pubis, en le pressant de derrière en devant au moyen de l'index de l'autre main porté dans l'anus; mais ne pouvant le pousser plus avant à cause de sa courbure, il introduisit des pinces à anneaux, très-étroites, dans l'urètre, d'autant moins difficilement que ce canal était très-dilaté par l'usage fréquent des sondes; il engagea une des branches de ces pinces dans la cavité de l'algalie, la saisit et en fit l'extraction. Il sonda ensuite le malade et procura l'issue de trois demi-setiers d'urine retenue dans la vessie: il n'est survenu aucun accident. Trois mois après l'époque de la rupture de la sonde, M. Roussel avait encore sondé deux fois ce vieillard, et c'est alors qu'il communiqua à l'Académie de chirurgie, en décembre 1777, cette observation légalement constatée. » (Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires*, t. II, p. 299.)

Un cas d'extraction plus heureux encore est celui que nous empruntons à M. Vidal de Cassis; nous disons plus heureux, parce que le corps étranger était plus dangereux et l'opération plus difficile.

Obs. 5. « Un petit garçon, âgé de six ans, m'est présenté au Bureau central, il y a douze jours; il paraissait en proie à de vives douleurs et portait les mains vers le périnée. Ses parents me dirent qu'il venait de s'introduire dans l'urètre une grosse épingle, la tête la première. J'examine les parties génitales du malade: elles sont peu développées, même pour son jeune âge; les testicules ne sont pas descendus dans les bourses; l'urètre paraît très-étroit, le méat est teint de sang. Je presse avec l'index sur le trajet du canal; arrivé à un pouce au-devant de l'anus, les douleurs de l'enfant augmentent, il se sent piqué, dit-il.

» Je n'avais à ma disposition qu'une pince à disséquer assez déliée, et quelques sondes en argent. Les parents alarmés me pressaient par les plus vives instances de soulager de suite leur fils. J'essaie vainement d'introduire la pince. J'allais diriger le malade sur l'Hôtel-Dieu; mais la mère insiste encore et me supplie de faire de nouvelles tentatives. Je réponds que je n'ai pas les instruments nécessaires pour cela. Cependant je conçois l'espoir, très-peu fondé, je l'avoue, d'engager la pointe de l'épingle dans les yeux d'une sonde et de l'extraire de cette manière. J'introduisis donc une sonde courbe d'enfant, la convexité étant dirigée en haut et la concavité en bas; le bec parvenu vers le bulbe, le malade manifesta une vive douleur; alors j'opère le mouvement appelé *tour de maître*; mais, au lieu d'enfoncer la sonde dans la vessie, je la retire brusquement au dehors et, à mon grand étonnement, j'aperçois l'épingle fichée dans l'œil inférieur de la sonde.

» Je m'empresse de déclarer que j'étais loin de m'attendre à un résultat si heureux; car, bien que dans cette espèce de cathétérisme il y eût quelque chose de rationnel, cependant je n'avais pas prévu la circonstance qui a décidé la réussite. Cette circonstance, je dois la faire connaître; sans cela le succès aurait l'air d'un miracle. Au Bureau central on se sert de cérat pour oindre les sondes; quelquefois ces instruments ne sont pas bien entretenus. Ce même cérat s'était endurci dans les yeux de la sonde qui m'a servi, et c'est par cette espèce de glu épaisse que l'épingle a été retenue. » (Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, t. V, p. 280.)

M. Vidal rapproche de son observation une autre qui lui ressemble beaucoup en effet, ainsi que la précédente: elle se rapproche de celle de M. Vidal en ce sens qu'une épingle dans la vessie enfile les yeux de la sonde; de celle de Roussel, parce que le chirurgien introduisit un doigt dans le rectum pour agir de plus près sur le corps étranger et faciliter la manœuvre de son extraction. Ce dernier fait appartient à Lamotte.

Obs. 6. « Au mois de juin 1792, une fille âgée et dévote me vint trouver et me dit avoir dans la vessie une épingle des plus grosses, qui lui avait servi à attacher une serviette qu'elle avait autour d'elle pour l'empêcher, dans l'état où elle était, de gâter le lit où elle était

couchée, et qu'en se baissant cette épingle était entrée tout à coup dans la vessie, la tête la première, et lui causait d'extrêmes douleurs. Comme cet accident était arrivé la nuit même du jour où elle venait me déclarer son mal, je lui fis seulement connaître l'impossibilité de ce qu'elle me disait, sans lui faire plus de peines d'esprit, celles du corps étant assez fâcheuses par rapport aux douleurs vives et piquantes qu'elle souffrait en remuant ou en marchant, à cause de la grandeur et de la grosseur de cette épingle dont il m'était facile de juger au moyen d'une autre semblable qu'elle me montrait, et d'autant plus que je ne voyais aucun jour à la tirer d'affaire. Je la sondai trois fois avec toute la patience et l'attention possibles, je sentais et touchais cette épingle parfaitement bien; mais je fus toujours obligé d'y renoncer, et enfin, la sondant pour la quatrième fois, l'épingle, par un effet du plus grand hasard, se trouva embarrassée au travers des deux trous de la sonde : dès le moment que je sentis de la résistance et qu'en pesant doucement je trouvai une sorte de poids, j'introduisis le doigt médius de la main droite dans le vagin, avec lequel je soutins cette épingle, pendant que de la main gauche je l'attirais avec la sonde, et, de cette manière, je finis heureusement une opération dont je regardais le succès comme impossible. Mais elle ne fut pas exécutée sans douleur, puisque la pointe, qui excédait au delà du trou de cette sonde, déchirait l'urètre pour se faire un passage. Comme heureusement il n'y en avait que très-peu, il ne s'y fit qu'une légère excoriation dont la malade fit si peu de cas qu'elle n'en garda pas le lit une heure, l'urine ayant servi de détersif pour le reste de la guérison. »

Un procédé très-ingénieux, très-simple et très-efficace, a été mis en usage par M. Dieffenbach et par M. Boinet, ancien interne des hôpitaux de Paris. Tous deux paraissent l'avoir imaginé; nous ne savons d'ailleurs lequel l'a le premier fait connaître. Voici en quoi ce procédé consiste : presque toujours c'est par la tête que les épingles s'engagent dans l'urètre. Or, à moins qu'on ne les saisisse avec un instrument précisément dans l'axe du canal, leur pointe s'enfonce dans ses parois, s'oppose à l'extraction du corps étranger ou la rend au moins très-douloureuse. Eh bien, dans le nouveau procédé, on retourne l'épingle pour la faire sortir comme elle est entrée, la tête la première. Pour cela (il faut qu'elle soit dans la partie de l'urètre accessible au doigt) on la saisit avec la main à travers l'urètre, on en enfonce la pointe dans les parois du canal, et l'on fait saillir de la tige juste autant qu'il en faut pour placer la tête du côté du méat, puis par des pressions exercées d'arrière en avant sur la tête de l'épingle, toujours à travers l'urètre, on la met ainsi au dehors. Le malade en est quitte pour une petite piqûre insignifiante.

ARTICLE IV.

Calculs de l'urètre.

Pour traiter le sujet d'une manière plus claire et plus pratique, nous ferons séparément l'histoire des calculs de l'urètre chez l'homme et chez la femme.

Calculs de l'urètre chez l'homme.

Le cadre des maladies de la prostate renfermant nécessairement celles de la portion de l'urètre qui traverse cette glande, nous avons dû décrire plus haut sous le titre commun de *Calculs de la prostate*, et les concrétions qui se développent au sein même des conduits de cette glande ou de son parenchyme, et celles de la partie correspondante du canal excréteur de l'urine (voy. *Bibliothèque du médecin-praticien*, t. IV, p. 30).

Comme nous avons fait une histoire séparée des pierres du premier segment de l'urètre, ce serait une raison suffisante de suivre la même marche pour le reste du canal, si elle ne nous était pas imposée par l'intérêt pratique et par les principes qui président à la rédaction de cet ouvrage. Nous allons donc nous occuper successivement des calculs des portions membraneuse, bulbeuse et spongieuse de l'urètre.

a. *Calculs de la portion membraneuse de l'urètre.* — *Causes.* Les pierres de l'urètre, à part celles de la portion prostatique qui ont quelquefois une autre

origine, viennent de plus haut, de la vessie. Entraînées dans le canal par le flot de l'urine, elles s'y arrêtent parce que leur volume, ou leur configuration, ou leur direction ne les laissent plus dans un rapport favorable avec le calibre de l'urètre. Peut-être se développe-t-il quelquefois de ces concrétions derrière un rétrécissement, et surtout dans une lacune, dans une poche latérale, sorte de diverticulum où l'urine peut stagner. Mais le moyen de décider si un gravier arrivé de la vessie n'aurait pas servi de noyau au calcul? Il est évident que de la poussière lithique produite par le litholabe pourrait jouer le même rôle. La cause la plus fréquente des calculs de l'urètre en général, c'est la lithotritie, soit de cette façon, soit surtout par les débris plus volumineux qui s'arrêtent dans le canal. Outre ces influences qu'elle partage avec les autres, la portion membraneuse de l'urètre en reconnaît d'autres qui lui sont particulières : ce sont sa longueur et sa dilatabilité. Le changement de direction que subit l'urètre à la jonction de la portion membraneuse avec la bulbeuse, et principalement la fréquence du rétrécissement dans cette région, expliquent celle de ses calculs.

Les *caractères anatomiques de l'affection calculeuse de la portion membraneuse de l'urètre* consistent dans l'état des calculs et dans celui de la paroi urétrale ; nous ne parlons pas de la composition, qui est la même que pour les calculs vésicaux.

Le *volume* de ces concrétions est généralement en raison inverse de leur nombre. Quand le calcul est unique, il est primitivement d'un diamètre qui dépasse un peu celui de l'urètre ; mais insensiblement il prend un accroissement considérable, ainsi que le montre le fait suivant :

Obs. 1re. « M. Fontaine, de Gonesse, portait depuis dix ans un calcul dans l'urètre. Durant les premières années, ce corps étranger produisit peu d'accidents, confondus d'ailleurs avec ceux d'une paralysie des extrémités inférieures ; aussi le malade les négligea-t-il jusqu'à ce qu'ils eussent acquis beaucoup de violence. Ce fut alors seulement, mais trop tard, qu'il réclama des secours. Une petite tumeur circonscrite avait paru au périnée, et en deux jours cette région fut envahie par l'infiltration d'urine et la gangrène. Il fut décidé par plusieurs médecins consultants qu'on ouvrirait l'abcès du périnée, et qu'on extrairait ensuite la pierre. L'incision ne produisit ni douleur, ni écoulement de sang ; l'extraction du calcul ne présenta non plus aucune difficulté, quoique ce corps fut très volumineux : à peine le malade s'aperçut-il de l'opération, au troisième jour de laquelle il succomba. On reconnut à l'ouverture du corps, que la vessie, racornie, n'excédait pas le volume d'une noix ; sa face externe était d'un rouge noirâtre, et l'interne envahie par un ulcère profond qui avait détruit une partie de la prostate. La portion membraneuse de l'urètre formait une cavité dans laquelle on pouvait placer le poing, et dont la surface présentait de nombreuses altérations. Tout le périnée, avec une partie de l'urètre et du scrotum, avait été détruit par la gangrène. » (Civiale, *Traité de l'affection calculeuse*, p. 552.)

Quant au *nombre*, il peut être si considérable qu'on n'ait pas la patience de compter les calculs qui alors varient depuis le volume d'un haricot jusqu'à celui d'un grain de sable. Voici un cas que nous empruntons à un autre ouvrage de M. Civiale, où ils remplissaient toute la portion membraneuse de l'urètre dilaté derrière un rétrécissement.

Obs. 2. « M. L., de Manchester, adulte, d'une constitution faible et épuisée par les souffrances, vint à Paris le 30 juin 1836, pour se soumettre aux procédés de la lithotritie. Depuis long-temps il éprouvait des difficultés d'uriner causées par un rétrécissement urétral contre lequel rien de particulier ne fut d'abord entrepris. Ces difficultés finirent par augmenter, et il s'y joignit des douleurs locales, avec quelques symptômes généraux, fébriles et nerveux, contre lesquels on prescrivit sans succès divers moyens appartenant à la médecine interne. Le malade, qui voyait ses forces diminuer, l'appétit et le sommeil se perdre de plus en plus, vint à Paris, après avoir subi, dans sa patrie, quelques

tentatives d'explorations locales qui n'amenèrent aucun résultat. Je m'assurai qu'il existait un rétrécissement considérable à la courbure du canal, et que derrière ce point existait une tumeur d'un petit volume, mais fort dure, et tellement sensible au toucher, qu'on ne pouvait exercer sur elle, soit par le périnée, soit par le rectum, qu'une pression très-légère : cependant il n'en fallait pas davantage pour faire entendre une sorte de crépitation, qui ne pouvait résulter que du frottement de plusieurs calculs les uns contre les autres. Une très-petite bougie, ayant traversé le rétrécissement, rapporta, près de son extrémité, une de ces empreintes propres aux calculs qui diffèrent de celles auxquelles donne lieu le contact de la bougie avec les tissus organisés. Le malade avait d'ailleurs une incontinence d'urine et de la fièvre, avec perte d'appétit et de sommeil, tant par les progrès de l'affection que par les fatigues du voyage. Je cherchai d'abord à calmer les symptômes généraux par un traitement approprié, après quoi je procédai à la dilatation du rétrécissement. Les premières bougies produisirent de l'effet ; mais bientôt la résistance du point rétréci fut telle que les bougies de cire n'offraient pas assez de solidité ; j'eus recours à celles de gomme élastique, et ensuite à un dilatateur analogue à celui dont j'avais déjà fait usage chez l'un des malades cités dans ma troisième lettre, mais plus simple. L'instrument était introduit fermé ; je l'ouvrais ensuite, et la dilatation s'opérait : je le graduais d'après les sensations du malade. Lorsque cessait cette dilatation, les deux branches de l'instrument, en se rapprochant, écrasaient et presque toujours ramenaient au dehors quelques faibles portions de calculs. Je ne procédai point autrement à l'extraction de ces derniers, qui devint d'autant plus facile que la dilatation fit plus de progrès. Ainsi le même instrument me servait à opérer la dilatation, puis à écraser et à extraire les corps étrangers. Ceux-ci étaient peu volumineux, d'une faible consistance, mais très-multipliés, de nature calcaire, et recouverts d'une couche légèrement jaune, avec de petites surfaces lisses, très-polies et luisantes. A partir des premiers jours du traitement local, l'amélioration fut progressive, et à peine quelques mouvements de réaction vinrent-ils l'interrompre. Après l'extraction des premiers calculs, qui se présentaient d'eux-mêmes dans le canal, je continuai la dilatation du rétrécissement, et pour éviter les distensions brusques, qui étaient quelquefois suivies d'une rétraction considérable, j'eus recours aux sondes à demeure. Les premières causèrent de la douleur au malade, qui finit par s'y accoutumer. Au bout de quinze jours, je revins aux bougies, afin de conserver ce qui avait été acquis par les sondes. La première, du nº 11, fut suivie d'accidents nerveux, qui ne cessèrent qu'au bout de deux heures ; mais il n'y eut pas de réaction fébrile le soir, et le lendemain le malade se trouva très-bien. Les seconde et troisième introductions furent moins douloureuses, et le mieux se consolida. Dans la nuit du quatrième jour, dix-huit heures après l'introduction de la dernière bougie, le malade fut saisi tout à coup d'un accès de fièvre fort intense, qui dura plusieurs jours, et s'accompagna d'un grand ébranlement du système nerveux et d'un trouble notable des fonctions digestives. Quelques jours de repos et un traitement médical approprié suffirent pour faire cesser cette excitation générale, et bientôt le traitement local put être repris. En retirant la première bougie, je remarquai qu'elle avait été rayée par un calcul, auquel la marque indiquait pour siége la partie inférieure et postérieure de l'urètre, près de la prostate et du côté gauche. Une seconde bougie me procura des notions précises sur le point qu'occupait la pierre. J'y portai immédiatement une petite pince ; un grand nombre de calculs furent ainsi extraits successivement. Ils étaient logés dans une poche ou excavation urétrale située entre la prostate et le rectum. Quelques-uns avaient assez de volume pour rendre l'extraction difficile et douloureuse, pour obliger même à des tractions considérables, afin de franchir la coarctation. Cependant ces tractions avaient aussi un autre but, celui de déterminer la dilatation du point rétréci, ma-

nière de dilater qui n'est ni la moins efficace, ni la moins prompte, mais qu'on doit avoir soin de graduer d'après les effets qu'elle produit. Ce traitement a eu tout le succès qu'on pouvait en attendre. J'ai retiré, soit de la partie membraneuse de l'urètre, soit de l'excavation qui s'était formée entre la prostate et le rectum, deux cent vingt petits calculs ayant tous les mêmes caractères chimiques, mais tous différents par leurs formes, leurs facettes, leurs inégalités. La vessie ne contenait pas de corps étranger, et tous les phénomènes morbides ont disparu dès que les derniers calculs urétraux ont été extraits.

» Dans le cas que je viens de citer, aussi bien que dans la plupart de ceux du même genre qui se sont offerts dans ma pratique, la dilatation des rétrécissements n'a pas été sans difficulté, notamment pour le point situé au-devant de la pierre, et lorsque celle-ci ne pouvait pas être refoulée en arrière. C'est surtout dans ces circonstances que j'ai eu recours aux dilatateurs mécaniques, dont on a proposé, dans ces derniers temps, de généraliser l'emploi contre les rétrécissements urétraux et autres. La forme et le mécanisme de ces dilatateurs sont très-variables, et se prêtent aisément aux exigences de chaque cas spécial. La plupart sont construits de manière à opérer la distension du point rétréci sans agir sur une grande surface. Souvent je me suis servi avec avantage d'un instrument construit sur le mécanisme des pinces à gaîne, *bilabes* ou *trilabes*, dont on fait écarter les branches aussitôt qu'elles se trouvent en contact avec le calcul. Dès que le point rétréci a atteint une certaine capacité, le même instrument qui a opéré devient propre à l'extraction des calculs, et en retirant l'instrument ainsi chargé, on dilate encore davantage ce qui reste de la coarctation : tel est le procédé que je mets en usage depuis plus de dix ans, et j'en ai obtenu de très-bons résultats. Il convient toutefois de ne pas recourir à la violence ; on aurait à redouter les éraillements, les déchirures de l'urètre, ainsi qu'on l'a déjà vu, ou tout au moins les symptômes généraux qui accompagnent souvent les surdistensions brusques et forcées des parois urétrales. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 1re partie, p. 302.)

Quant à la *forme*, le calcul, lorsqu'il est unique, est ordinairement plus ou moins allongé dans le sens du canal ; quand il y en a plusieurs, surtout derrière un rétrécissement ou dans une poche latérale, ils sont à facettes très-lisses.

« J'ai cité divers faits empruntés aux auteurs, dans lesquels des calculs vésicaux et surtout urétraux, placés les uns au-devant ou à côté des autres, sont accolés de telle sorte qu'on croirait qu'ils se sont comprimés et aplatis réciproquement, puisqu'ils présentent des facettes entre lesquelles il semble y avoir une exacte corrélation. Tantôt, en effet, ces facettes sont planes et parfaitement en harmonie les unes avec les autres ; tantôt elles sont les unes excavées et les autres en relief, de sorte qu'on serait tenté de croire qu'on a sous les yeux une sorte d'articulation ginglymoïdale ou même cotyloïdienne. J'ai eu plusieurs occasions d'observer cette singulière disposition, tant dans des calculs vésicaux que dans des pierres urétrales, où elle se rencontre surtout assez fréquemment ; et parmi les plus curieux j'ai cité un cas de calcul vésical qui s'est récemment offert à moi, dans lequel les deux corps étrangers rappelaient exactement, quant à la disposition de leurs surfaces correspondantes, le calcul urétral dont j'ai parlé page 373. Une femme, que j'ai opérée par la lithotritie, avait rendu aussi un calcul allongé, piriforme, dont la grosse extrémité ressemblait d'une manière frappante au bout de l'os tibia. » (Civiale, *Traité de l'affection calculeuse*, page 385.)

L'effet le plus constant d'un calcul sur les parois de l'urètre, c'est la dilatation qui est tantôt uniforme, tantôt inégale. Voici ce que dit M. Civiale de la seconde variété :

« Il y a des malades chez lesquels l'urètre présente des poches, des cellules, des excavations plus ou moins profondes, dans lesquelles des calculs, même volumineux, se forment et échappent aux recherches avec les instruments

ordinaires. Ces cellules, à la formation desquelles les pierres peuvent elles-mêmes contribuer, sont parfois très-multipliées, et donnent à la partie membraneuse de l'urètre une forme étrange et comme goudronnée. Tel était probablement, du moins à en juger d'après la figure du calcul, le cas du sujet auquel appartenait l'énorme masse calculeuse vésico-urétrale dont j'ai parlé plus haut, d'après Gooch. J'ai dit aussi que l'introduction fréquente d'une sonde mal dirigée, ou toute autre cause, pouvait faire naître, entre le rectum et la prostate, une excavation, une fausse route, qu'un repli ou un éperon sépare du véritable canal. J'ai vu plusieurs cas de ce genre, dans l'un desquels il y avait plus de deux cents calculs; chez un autre malade, une pierre était cachée entre la prostate et le rectum. Le moyen, au reste, de constater l'existence de ces fausses routes, et même d'en mesurer la profondeur, consiste à y introduire la sonde, et à la retirer en appliquant son extrémité contre la paroi supérieure; au moment où elle pénètre dans le véritable canal, elle fait un saut qui ne permet pas de se méprendre. » (Civiale, *Traité de l'affection calculeuse*, page 355.)

Dans d'autres cas, l'urètre au lieu de se dilater sous l'action de la pierre s'éraille, et alors trois choses peuvent arriver : ou bien l'inflammation chronique avait rendu imperméables les cellules du tissu cellulaire sous-jacent, et alors ses lames se condensent, se confondent, et ne cèdent à l'urine que par un élargissement progressif; ou bien l'urine s'infiltre dans le scrotum, et cette infiltration peut présenter plusieurs variétés. Le plus souvent l'urine s'étendant plus ou moins loin, frappe de mortification, ou d'une suppuration de mauvaise nature, le tissu cellulaire qu'elle touche; quelquefois, au contraire, elle en incruste les mailles des sels qu'elle contient, et elles se trouvent ainsi protégées contre son action. La matière calculeuse est alors en quelque sorte infiltrée dans le tissu cellulaire du scrotum au point de donner à cette poche une apparence de pétrification. M. Mott a donné (*The Philadelphia Journal of medecine*, t. v, pag. 355) une observation curieuse de ce rare phénomène. Le scrotum était de douze à quinze fois plus volumineux que dans l'état ordinaire et descendait jusqu'au tiers inférieur des cuisses; aplati en avant et en arrière, il était parsemé, surtout latéralement, de plusieurs douzaines de tumeurs de diverses grosseurs, depuis celle d'un pois jusqu'à celle d'une muscade, de consistance pierreuse, de couleur blanche et recouvertes par les téguments : cet assemblage de tumeurs avait à peu près l'aspect d'une énorme grappe de raisin. La peau était ulcérée depuis plus d'un an sur quelques-unes d'entre elles; il s'écoulait de ces ulcérations une humeur purulente et fétide : au fond on apercevait des corps blancs, arrondis, de consistance pierreuse. Une matière blanche, semblable à du mortier, s'écoulait également par ces ulcérations. La maladie durait depuis vingt années; on ne sait point ce que devint le malade.

Un troisième effet des pierres de l'urètre, c'est de provoquer des abcès circonvoisins, comme les appelle le professeur Gerdy; des abcès au périnée qui n'ont pas primitivement de communication avec le canal, mais qui finissent le plus souvent par s'y ouvrir, soit spontanément, soit à l'aide de la sonde pendant le cathétérisme, assez ordinairement sans que le chirurgien vise à ce résultat. Dans d'autres cas, c'est aux téguments que l'abcès se prononce et crève, alors il est le plus souvent suivi de fistules; nous dirons toujours si nous ne trouvions dans Deschamps un cas qui montre que la règle est moins absolue. En effet, ce chirurgien rapporte (*Traité de la taille*, t. IV, p. 264) que chez un homme qui avait été taillé dix-sept ans auparavant, il retira un calcul du périnée sans qu'il s'écoulât par la plaie une seule goutte d'urine. Deschamps conclut de l'absence de l'urine dans l'incision que le calcul n'était plus en communication avec les voies urinaires, et que la fistule s'était formée derrière lui. On peut rencontrer dans ces fistules restées perméables des pierres plus ou moins considérables, et il serait souvent difficile de dire si elles s'y sont formées, ou si elles n'ont fait que s'y engager en s'éloignant de la partie mem-

braneuse de l'urètre, leur siége d'incubation.

Quoi qu'il en soit, que la fistule se forme après la pierre, ou la pierre dans la fistule, la concrétion s'échappe assez souvent d'elle-même par le périnée. J.-L. Petit (*Œuvres chirurgicales*, t. III, p. 14) a été consulté pour un cas de pierre dans l'urètre qui s'échappait par une ouverture du périnée. Covillard, M. Crosse ont recueilli des faits de ce genre.

On trouve dans les auteurs plusieurs observations où l'élimination de ces pierres a été déterminée par la gangrène; mais elles ne sont point assez nettes pour qu'on sache si la mortification était indépendante d'une infiltration d'urine. Deschamps cite (t. IV, p. 269) un fait de ce genre, et en voici un second que nous empruntons à Chopart :

Obs. 3. « Un homme de Pontoise, qui avait été taillé à l'âge de trois ans, et dont la plaie resta fistuleuse, rendait continuellement ses urines par le périnée. Il parut dans cette région une tumeur dure, mais qui ne l'empêcha pas de travailler aux champs ni de monter à cheval. Malgré ses infirmités, il se maria en 1727, et eut plusieurs enfants. Devenu veuf, cinq ans après, il se remaria en 1773, et eut encore un enfant. La tumeur du périnée augmenta de volume et s'étendit dans le scrotum ; il y survint de l'inflammation, avec des douleurs aiguës ; mais bientôt la gangrène se manifesta aux téguments de ces parties : il s'y forma une crevasse, d'où il sortit une pierre ovalaire, lisse, du poids de dix onces six gros, que M. Lelaumier, chirurgien de Paris, a présentée à l'Académie de chirurgie, en mars 1761. Des eschares gangréneuses se détachèrent ; l'ulcère, qui était large et profond, se détergea, et la cicatrisation eut des progrès si prompts, que le malade fut en état de marcher au bout de six semaines : il lui resta une fistule au périnée. Cet homme, d'un tempérament fort robuste, eut encore deux enfants, et vécut environ une vingtaine d'années après la sortie de cette pierre volumineuse, qui s'était formée dans le tissu cellulaire du périnée, et qui, par son poids et sa pression, avait causé la gangrène des téguments. » (Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires*, t. II, pag. 334.)

Symptômes des calculs de la portion membraneuse de l'urètre. Les symptômes sont presque aussi variables que pour les calculs de la vessie. Il est des cas où la douleur locale et la réaction sont presque nulles pendant que la concrétion continue de s'accroître d'une manière uniforme et quelquefois très-rapide. Cependant c'est dans les circonstances opposées que cette absence de symptômes se rencontre le plus souvent. M. Crosse cite le cas d'un homme de cinquante ans qui, malgré la présence d'une semblable pierre, jouissait d'une santé parfaite, à l'exception de quelques rétentions d'urine passagères et de fréquentes envies d'uriner. Block (*Éphémérides des curieux de la nature*, t. VIII, pag. 441), parle d'un calculeux de cette espèce, qui ne réclama l'extraction du corps étranger qu'après l'avoir porté vingt-huit ans, et Tolet rapporte le cas (*Traité de la taille*, pag. 34) d'une pierre qui était située depuis trente ans au commencement du périnée.

Chez des sujets moins heureux, un calcul de la portion membraneuse détermine une douleur vive, accompagnée de trouble dans l'excrétion urinaire, c'est-à-dire de la rétention d'urine et de tous ses accidents.

Diagnostic des calculs de la portion membraneuse de l'urètre. Les rétentions d'urine plus ou moins prolongées, une tumeur dure, qu'on sent par le périnée ou par le rectum, quelquefois par ces deux points, mettent déjà sur la voie. Dans certains cas, lorsque les calculs sont multiples, la tumeur donne à la pression une crépitation caractéristique ; nous en avons donné un exemple, curieux encore à plusieurs autres égards ; nous voulons parler de M. L... de Manchester, qui a été traité par M. Civiale. Mais il ne faut pas s'abuser sur la valeur de ce signe. Quand il manque il ne saurait rien prouver ; et il n'existe guère que lorsque le volume de la tumeur, le cathétérisme, etc., ont déjà suffisamment indiqué la nature du mal.

Si l'on a échoué par les autres moyens à reconnaître le calcul, on peut encore y réussir par le cathétérisme ; le bec de

la sonde, en rencontrant directement le calcul, y trouve une résistance qui est déjà un indice, et un choc, un son sec qui sont des signes. En passant à côté du calcul, en le longeant, le corps de l'instrument fait éprouver, soit qu'on l'enfonce, soit qu'on le retire, ou qu'on le tourne, une sensation de *grattement* qui révèle la nature du mal.

Mais il y a deux circonstances qui rendent cette exploration inutile ou impraticable. Elle est inutile lorsque le calcul est dans une loge latérale, sans prolongement dans l'urètre ; elle est impraticable quand la concrétion est derrière un rétrécissement qui se refuse au passage de l'algalie la plus déliée. On a recours à la bougie de cire molle comme pour les pierres prostatiques. L'empreinte qu'apporte la bougie donne un élément de diagnostic.

Pronostic des calculs de la portion membraneuse de l'urètre. Nous avons vu qu'un calcul de cette région du canal peut n'être qu'une infirmité ; voici des cas où il a été une maladie mortelle :

« Il suffit souvent d'un très-petit calcul pour déterminer les plus graves accidents, pour causer même la mort. C'est ce qui résulte d'un fait observé, il y a quelques années, à Paris : M. Leroy avait essayé de broyer la pierre chez un malade ; mais des symptômes inflammatoires qui survinrent obligèrent de suspendre le traitement ; les accidents persistèrent malgré l'emploi des moyens les plus propres à les calmer, et le malade périt ; on trouva un fragment de pierre dans la partie membraneuse, qui était largement ulcérée près du col de la vessie (*Gaz. des Hôpit.*, 27 octob. 1829). Je pourrais présenter ici beaucoup d'autres faits analogues, car, plus d'une fois, j'ai été appelé pour extraire de la partie membraneuse de l'urètre des calculs d'un petit volume, ou des fragments de pierre, qui déterminaient déjà des accidents alarmants, quoique leur séjour ne datât que de quelques heures. J'ai vu naguère un très-petit calcul, cantonné derrière un rétrécissement considérable, qui s'opposait à l'introduction de la plus petite bougie, devenir la source d'accidents généraux tellement graves que la mort s'ensuivit ; les sensations du malade et quelques graviers qu'il avait rendus avant que la coarctation fût devenue aussi forte, me firent soupçonner la présence d'une pierre, conjecture à l'appui de laquelle venait encore une très-petite tumeur qui se faisait sentir dans la partie membraneuse de l'urètre ; une bougie de cire ayant traversé le rétrécissement, son extrémité rencontra le calcul et ramena une empreinte qui ne permettait plus aucun doute. L'ischurie avait atteint un degré tel, que le seul moyen de faire cesser les accidents était de pratiquer la ponction de la vessie, ou plutôt une incision au périnée : le malade ne voulut consentir à rien : il succomba peu de temps après au milieu d'angoisses terribles et d'efforts inouïs pour rendre quelques gouttes d'urine fétide et brûlante ; on ne trouva d'autre lésion organique qu'une légère dilatation de la partie membraneuse de l'urètre : il y avait un petit calcul du volume d'un gros pois. » (Civiale, *Traité de l'affection calculeuse*, pag. 548.)

Les calculs de la portion membraneuse peuvent causer la mort, après être restés inoffensifs pendant plusieurs années. M. Fontaine, dont nous avons rapporté plus haut l'observation, en est un triste exemple. L'irritation prolongée que produit le calcul, les rétentions d'urine répétées qu'il cause, l'influence de ces rétentions sur la vessie, les uretères et les reins, l'inflammation suppurative de ces glandes, la crevasse de l'urètre et les infiltrations d'urine, voilà les principaux accidents qui peuvent faire d'une affection primitivement légère et en apparence de nature bénigne, une maladie fort grave et même funeste.

Enfin, entre ces deux extrêmes, se placent, sous le rapport de la gravité, les calculs qui ne produisent que des douleurs plus ou moins vives, des difficultés d'uriner, des rétentions, des abcès, des infiltrations et des concrétions dans les trajets fistuleux. Il serait impossible, et d'ailleurs trop long, de présenter un tableau complet de toutes les variétés qui se rencontrent dans la pratique.

Traitement des calculs de la portion membraneuse de l'urètre. Il y a ici trois

principales méthodes, comme pour les calculs vésicaux, ce sont : l'extraction du calcul entier par la voie naturelle, son broiement et son extraction par une incision, par une taille urétrale. Il pourra y avoir une opération préliminaire à l'extraction proprement dite, c'est la dilatation de l'urètre, qu'on pratique avec de grosses sondes, des bougies, ou enfin avec des injections forcées. Quand à l'extraction elle-même, nous ne pouvons mieux faire que d'en emprunter la description à M. Vidal de Cassis.

« L'instrument le plus employé, c'est la pince de Hales dite de Hunter. C'est une tige renfermée dans une canule d'argent, tige dont l'extrémité libre a deux branches qui s'écartent par leur élasticité. L'instrument est introduit fermé ; dès qu'il est arrivé au calcul, on tire à soi la canule, laquelle ne contenant plus les deux branches, celles-ci s'écartent et embrassent le calcul par les deux extrémités de son diamètre. Cette pince a nécessairement subi des modifications. On l'a courbée pour lui faire dépasser la portion bulbeuse de l'urètre ; on a fendu sa tige en trois branches au lieu de deux. M. Civiale a creusé la tige d'un canal central par lequel passe un stylet qui, poussé vers la vessie, sert à reconnaître si le calcul est bien embrassé par la pince ; en la retirant à soi, il écarte les branches plus fortement.

» La pince de M. Amussat est une canule fendue à son extrémité antérieure en quatre languettes ; une tige métallique qui la parcourt est terminée par un bouton arrondi. Quand l'instrument est fermé, ce bouton en forme l'extrémité ; en retirant à soi la tige, les quatre languettes de la canule s'écartent, s'épanouissent, et cet écartement peut avoir toute l'étendue que l'urètre peut supporter. En retirant la tige un degré de plus, le bouton tombe dans un évasement pratiqué à la racine des languettes qui tendent aussitôt à se rapprocher par leur propre ressort. Cet instrument fermé est introduit jusqu'au calcul ; alors on retire à soi la tige pendant qu'on pousse légèrement la canule pour embrasser le calcul. Le doigt placé sous la verge ou vers le périnée, pousse d'arrière en avant le calcul, afin qu'il s'engage dans les branches. Quand il est bien saisi, on opère ce mouvement dont je viens de parler et qui fait tomber le bouton dans l'évasement pour accroître la pression des branches. On retire l'instrument sans que le doigt cesse de presser le canal d'arrière en avant, à travers les téguments.

» L'instrument de M. Leroy est un crochet brisé, formé d'une longue tige droite et d'une petite branche transversale de deux lignes environ de longueur. Cette petite branche se relève sur la tige de manière à avoir la même direction lors de l'introduction de l'instrument ; arrivé derrière la pierre, un mécanisme fort simple la rend transversale et agit alors sur le calcul d'arrière en avant, avec une grande force et une grande sécurité. Cet instrument ressemble beaucoup, par son mécanisme, à celui que j'ai imaginé pour extraire les corps étrangers de l'oreille. Mais le difficile est de passer derrière le calcul ; c'est quelquefois impossible. » (Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, t. v, p. 277.)

Nous ajouterons que M. Morel-Lavallée a vu le professeur J. Cloquet extraire un calcul de la région profonde de l'urètre chez un jeune enfant par un procédé aussi simple qu'ingénieux. C'était l'instrument de Jacobson réduit à sa plus simple expression : une anse de fil métallique dans un tube terminé par un petit treuil destiné à serrer le fil : la difficulté fut non pas de glisser l'anse de fil derrière le calcul, mais de le fixer dessus ; il échappa plusieurs fois, enfin il fut saisi et amené dehors sans trop de douleurs (communiqué par M. Morel-Lavallée). Ce procédé nous semble tout à fait digne d'être imité.

Le calcul est-il situé dans une loge latérale, communiquant avec l'urètre par une ouverture suffisante, M. Leroy-d'Étiolles propose le moyen suivant :

On mesure l'intervalle du méat urinaire et du calcul. On prend une canule d'un calibre en rapport avec celui du canal et percée à environ deux pouces de son extrémité d'une ouverture latérale, oblon-

gue et d'une grandeur proportionnée à la grosseur de la pierre. On introduit cette canule dans l'urètre à une profondeur suffisante pour que l'ouverture latérale de l'instrument corresponde au calcul. Il fait saillie dans cette ouverture dans laquelle la pression du doigt peut s'engager. On l'attaque ensuite avec une tige dentée, puis avec une lime qui va et vient dessus, tandis qu'un aide le refoule de plus en plus dans la canule. Ce moyen est plutôt applicable dans les portions du canal qui nous restent à examiner. C'est d'ailleurs une combinaison de l'extraction et de la lithotritie.

La lithotritie ne peut guère s'employer ici autrement.

« Quoique partisan des moyens employés pour l'extraction des calculs sans incision, je crois que, quand les séances peuvent être trop prolongées et trop nombreuses, quand le calcul est très-volumineux, quand la sensibilité du malade est vive, on doit se décider à la boutonnière, et voici comment on procédera :

» Si le calcul occupe la seconde portion de l'urètre, avec deux doigts portés dans l'anus, un aide le fixe sur ce point ; avec un bistouri droit, le chirurgien divise les téguments préalablement tendus, puis le tissu cellulaire et toutes les parties renfermées dans la base du triangle recto-urétral. Parvenu au corps étranger, il agrandit suffisamment l'incision et fait l'extraction avec des instruments convenables. D'autres calculs se trouvent quelquefois dans la vessie, ou la prostate, ou le reste de l'urètre ; il faut donc explorer toutes ces parties avec une sonde cannelée ou une sonde de femme. » (Vidal de Cassis, *Traité de pathol. externe et de médec. opérat.*, t. v, p, 279.)

Quant aux accidents divers qui peuvent compliquer la présence des calculs dans cette région de l'urètre, tels que abcès urineux, fistules, nous nous contenterons de dire ici qu'il faut débrider largement et promptement les premiers, et attaquer les secondes par la sonde. Ces points seront traités avec tout le développement qu'ils réclament à la suite des rétrécissements de l'urètre.

b. *Calculs de la portion bulbeuse de l'urètre.* Les causes premières de ces calculs, c'est-à-dire celles qui déterminent leur formation sont les mêmes que pour les autres régions du canal ; les causes secondaires, c'est-à-dire celles qui déterminent l'arrêt d'un gravier ou d'un fragment de calcul dans la portion bulbeuse, ont aussi beaucoup d'analogie avec celles dont l'influence se fait sentir à la portion membraneuse. Cependant, « comme l'évasement que l'urètre présente au devant du bulbe ne se termine point à sa partie antérieure par une espèce d'étranglement brusque, ainsi qu'on le voit dans la portion membraneuse de l'urètre, et à la fosse naviculaire, il est rare que des calculs s'arrêtent dans la partie bulbeuse de ce canal, quoiqu'elle soit la plus large et l'une des plus extensibles. J'en ai cependant vu un cas d'autant plus singulier que la pierre fut découverte seulement après l'extraction de deux autres très-volumineuses développées dans la partie membraneuse, et qu'avant l'opération on ne l'avait pas sentie avec le cathéter. Quoique j'aie déjà publié un extrait de cette observation (3e *lettre sur la lithotritie, p.* 34), je crois utile de la reproduire en entier.

Obs. 4. « Un adulte, bien constitué, souffrait depuis long-temps d'une pierre dans l'urètre. M. Lisfranc me proposa de le soumettre à la lithotritie ; mais le volume du calcul aurait rendu le traitement trop long et la manœuvre trop douloureuse. Après avoir balancé les avantages et les inconvénients respectifs des deux méthodes, on se décida pour la cystotomie. La nécessité d'inciser sur la pierre, et sans conducteur, rendit le premier temps de l'opération long et pénible ; les difficultés furent plus grandes encore pour exécuter l'extraction. On retira deux calculs réunis par des surfaces qui avaient la plus grande analogie avec l'articulation scapulo-humérale ; ils formaient ensemble un corps ovoïde, long de deux pouces sept lignes sur dix-huit de large et quatorze d'épaisseur. L'extrémité vésicale était la plus mince, et se terminait par un tubercule, à neuf lignes de distance duquel on voyait deux éminences latérales, et une troisième, inférieure, oblongue, aplatie latéralement, mais plus mince que les deux autres.

L'extrémité opposée était régulièrement conoïde, et n'offrait rien de remarquable. Le poids du tout était d'une once trois gros et demi. En explorant la plaie on découvrit à sa partie antérieure, dans une cavité spéciale formée par la portion bulbeuse de l'urètre, une troisième pierre piriforme, et du volume d'une noisette, séparée des autres par l'espèce d'éperon qui existe entre les parties bulbeuse et membraneuse du canal. L'extraction de ce corps fut d'autant plus facile, qu'il était libre et mobile dans sa cavité : une grosse sonde introduite par l'urètre suffit pour le repousser vers la plaie. Ce que ce cas offrit de plus remarquable, c'est la promptitude de la guérison, qui fut complète en moins d'un mois; la partie membraneuse de l'urètre, quoiqu'ayant été distendue et étant restée si long-temps dans un état anormal, revint sur elle-même avec une promptitude surprenante, phénomène annonçant qu'il n'y avait eu ni lésion ni destruction de tissus. » (Civiale, *Traité de l'affection calculeuse*, p. 375.)

M. Chapman a retiré, par une incision de la partie bulbeuse de l'urètre, un calcul assez gros chez un malade qui n'avait jamais éprouvé de difficulté d'uriner et n'avait pas même soupçonné l'existence de cette affection (voy. *Philos. trans.*, t. 12.)

Le reste de l'histoire de ces calculs ressemble trop à celle que nous venons d'exposer pour la portion membraneuse pour que nous nous y arrêtions.

c. *Calculs de la portion spongieuse de l'urètre.* La portion spongieuse est le siége le plus fréquent des fragments qui s'échappent de la vessie après la lithotritie; c'est surtout dans la fosse naviculaire qu'ils s'arrêtent. Cette partie du canal, nous voulons dire la portion spongieuse, est celle qui se rétracte le plus énergiquement sur le corps étranger qui la distend : aussi un petit calcul ou un débris de pierre ne tarde-t-il pas à occasionner une rétention complète d'urine.

Quant à la douleur, elle est généralement assez peu prononcée. C'est au point quelquefois que, lorsqu'il n'y a pas de rétention produite par le calcul urétral, ce qui arrive exceptionnellement, les malades portent assez long-temps un calcul dans la région spongieuse sans demander à s'en faire débarrasser. M. Loir a rencontré un cas très-curieux de ce genre : Un homme de soixante-huit ans, qui n'avait jamais éprouvé de difficultés d'uriner, mourut d'une pleurésie. A l'autopsie cadavérique on trouva une ouverture, longue d'un pouce et demi et large de six lignes, à la paroi inférieure de la partie spongieuse de l'urètre, à trois pouces et demi du gland. Le contour de cette ouverture, large d'une ligne, offrait une cicatrice solide, sans nulle trace d'altération ni d'injection; elle conduisait à une vaste poche dont les parois, fibro-celluleuses, épaisses et résistantes, étaient tapissées par une membrane muqueuse continue avec celle de l'urètre. Cette poche contenait un calcul long de deux pouces sept lignes sur vingt-trois lignes de large, pesant quarante-un gros, lisse et mamelonné, et présentant, du côté qui correspond à l'urètre, une dépression profonde et légèrement muqueuse (voy. Loir, *Dissertation sur quelques points d'anatomie*, p. 18). Nous ferons une remarque à l'occasion de ce fait : c'est à tort, selon nous, qu'il a été donné comme un exemple de l'innocuité exceptionnelle des calculs de la portion spongieuse de l'urètre : effectivement il n'était plus dans l'urètre, et la perforation de ce canal a simplifié le cas par un accident; car sans cela la rétention d'urine n'était-elle pas à redouter?

Le plus souvent, pour peu que le séjour des calculs se prolonge dans la portion spongieuse, il se développe des accidents graves, des accès de fièvre intenses, des mouvements nerveux, des rétentions d'urine, des crevasses au canal et des infiltrations urineuses. Un enfant avait été pris d'une inflammation du scrotum qui s'était terminée par la gangrène. On appela M. Crosse. Le malade n'avait point uriné depuis trois jours; pour se rendre compte des accidents, on l'examina avec une scrupuleuse attention, et l'on découvrit un calcul qui bouchait entièrement le méat urinaire. On en fit l'extraction, et immédiatement une abondante émission d'urine eut lieu; mais il était trop tard : l'enfant mourut en trente-six heures des

effets de l'infiltration urineuse dans les bourses. Il y avait une crevasse de l'urètre au devant du scrotum; la vessie, les uretères et les bassinets, étaient très-dilatés (voy. Crosse, *A Treatise on the urinary calculus*, p. 52). M. Scuttigna rapporte l'observation d'un calcul qui fut extrait de la fosse naviculaire d'un enfant vingt-quatre heures après sa naissance, et qui avait également causé une rétention complète d'urine. (Scuttigna, *Memorie per i curiosi di medicina*, t. VI, p. 145).

Il est des cas où plusieurs calculs se sont successivement et à des intervalles variables arrêtés constamment dans la fosse naviculaire d'où ils ont été facilement extraits et sans avoir causé de notables accidents.

Obs. 5. « Un religieux augustin, âgé de soixante-quatorze ans, ressentait de vives douleurs dans la vessie. On le sonda à l'hôpital de la Charité de Paris, en 1789, et l'on sentit un calcul dans ce viscère. Pendant l'hiver de cette même année, il fit usage d'une décoction de bousserole ou casse-pierre, *raisin d'ours*. Il rendit, en divers temps, cinq petits calculs qui avaient l'apparence de fragments d'une pierre. Un sixième calcul était resté engagé dans la portion moyenne du canal de l'urètre au-dessus du scrotum. M. Genouville, chirurgien de cet hôpital, fit facilement l'extraction de ce calcul avec la pince de Hunter. A cette époque le religieux ne faisait plus usage que d'une forte décoction de graine d'argentine : il avait été obligé de suspendre celui de la bousserole, à cause des effets échauffants de cette plante, qui produit quelquefois le pissement de sang. Comme il ressentait toujours beaucoup de douleurs dans la vessie, M. Genouville le détermina à reprendre de la bousserole. Quelques jours après un nouveau calcul s'arrêta à la fosse naviculaire de l'urètre ; ce chirurgien en fit l'extraction en présence de MM. Deschamps et Boyer, avec des pinces à anneaux dont on se sert pour les pansements. Ce calcul pesait trente-trois grains. Le malade revint à l'hôpital au bout de quatre jours : ces trois chirurgiens reconnurent, à l'aide de l'algalie, qu'il y avait encore un calcul dans la vessie. Six jours après, ce calcul, entraîné dans l'urètre, s'arrêta à la fosse naviculaire et empêcha l'éjection des urines : son extraction fut plus difficile, parce qu'il était anguleux. Enfin le religieux revint à l'hôpital quatre jours après cette dernière époque : il fut sondé, et l'on ne trouva plus de calcul dans la vessie ; depuis ce temps il n'en rendit aucun ; il a joui d'une bonne santé, et en 1791 il paraissait encore exempt de toute affection calculeuse. On conserve à la Charité neuf de ces calculs, dont les uns ont été extraits, et d'autres ont été rendus avec l'urine. Ils ont tous une forme pyramidale à base sphérique. Quand on les rapproche, on ne peut en former un calcul unique. Quelques-uns d'entre eux, soumis à l'analyse, ont donné les mêmes résultats que les autres calculs urinaires. On ne dira pas, sans doute, que la bousserole ait agi dans ce cas comme remède lithontriptique. Comment concevoir qu'une simple décoction de feuilles de cette plante, transmise à travers tant de couloirs avant d'arriver à la vessie, puisse exercer sur un calcul urinaire une action assez forte pour le réduire en fragments, tandis qu'on y parviendrait à peine en employant une force mécanique puissante ? De Haen, qui a beaucoup vanté l'usage de cette plante pour la cure des ulcères des voies urinaires dans le cas de purulence des urines, et pour calmer et prévenir les douleurs dans les affections calculeuses, ne l'a jamais regardée comme lithontriptique. Lorsque tous les symptômes qui accompagnent la présence de la pierre dans la vessie ont cessé par l'usage de la bousserole, on a cru, dit-il, que cette concrétion avait été dissoute ; mais lorsqu'on a sondé de nouveau les malades on a trouvé la pierre du même volume et de la même rudesse qu'auparavant : il paraît donc certain que les petits calculs que le religieux dont nous venons de parler a rendus par l'urètre, et dont le plus volumineux est de la grosseur d'une noisette, ont été formés ou dans les bassinets des reins, ou dans des kystes de la vessie, et que la vertu astringente de la décoction de bousserole, secondée par une augmentation de boisson, a suffi pour les

entraîner au dehors. Cette décoction se fait avec un gros de feuilles de cette plante pour une pinte d'eau qu'on fait bouillir pendant un quart d'heure : on la partage en quatre doses, que l'on prend dans la matinée ; il faut en continuer long-temps l'usage. » (Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires*, t. II, p. 294.)

On conçoit comment un calcul dans cette portion avancée de l'urètre favorise la formation de nouveaux calculs derrière lui le long du canal. Tel était le cas d'un homme de cinquante ans, atteint depuis deux jours d'une rétention d'urine que Gooch fit cesser en lui faisant rendre trois pierres anguleuses avec le seul secours d'injections huileuses (Gooch, *Cases and remarks*, p. 177). On a même vu, par ce mécanisme, l'urètre se remplir tout entier, comme une longue bourse, de pierres. Tulpius parle (*Obs. méd.*, p. 331) d'un enfant qui depuis son bas âge portait plusieurs calculs dans l'urètre. A six ans ces concrétions étaient devenues assez volumineuses pour donner à la verge la grosseur du poing. Une incision de l'urètre en fit sortir vingt-cinq pierres qui ressemblaient à de gros pois. M. Civiale a rencontré un cas plus remarquable encore et plus complet, si on peut le dire, en ce sens que la vessie et l'urètre étaient entièrement remplis de calculs. « C'était chez un vieillard tourmenté depuis long-temps par la gravelle, et qui rendait une grande quantité de graviers ; l'âge et la maladie l'affaiblirent tellement que sa vessie ne put plus expulser les corps étrangers ; ceux-ci s'accumulèrent au point de remplir l'urètre et la poche urinaire elle-même, qui n'avait à la vérité que peu de capacité ; ils étaient fort petits, et comparables aux pois les plus fins, mais si nombreux qu'on n'eut pas la patience de les compter ; l'urine sortait ordinairement d'une manière continue, et comme par une sorte de filtration. » (Civiale, *loco cit.*, p. 382.)

On a vu la matière calculeuse infiltrée dans le tissu spongieux et même dans le gland ; mais ces cas sont rapportés sans une suffisante précision.

Le *traitement* se compose à peu près des mêmes moyens que pour les autres portions du canal ; seulement, comme il faut les porter à moindre profondeur, l'application en est plus facile. Un calcul de la fosse naviculaire s'extrait par la dilatation mécanique du méat, ou par un débridement. Dans cette région comme plus loin, la simple pince à anneaux peut servir assez aisément à les écraser. Si la concrétion résiste, on peut ajouter à la force de l'instrument en en rapprochant les branches avec une sorte de petit étau mobile que M. Leroy-d'Étiolles a imaginé et dessiné.

Si l'on échoue dans des tentatives d'extraction et de broiement que la prudence ne permet pas de renouveler, on fait la taille de l'urètre ou la boutonnière.

« On a généralement trop appréhendé les incisions sur la portion de l'urètre qui correspond au scrotum, car on craint l'infiltration urinaire. On fait bien d'éviter ces incisions quand on le peut ; mais il ne faudrait pas pour cela, en s'écartant trop du calcul, se créer des difficultés d'extraction qui pourraient nuire plus que l'urine mise en contact avec un tissu cellulaire lâche, à la vérité, mais qui, étant superficiel, peut facilement être dégorgé. Derrière le scrotum, la portion spongieuse de l'urètre a des enveloppes très-mobiles, on les divise assez difficilement. C'est pour cela qu'il faut porter jusqu'à la pierre une forte sonde cannelée, relever autant que possible les bourses, tendre les tissus, faire soutenir en arrière le calcul par les doigts d'un aide, donner à l'incision des téguments beaucoup plus d'étendue qu'à l'urètre lui-même, tout cela 1° pour arriver plus sûrement au corps étranger ; 2° pour prévenir les infiltrations. La même conduite sera tenue pour les calculs intérieurs du scrotum, avec cette différence que les bourses seraient alors tirées du côté de l'anus. Dans ces différents cas, on fera bien de n'ouvrir l'urètre sur la pierre que dans un point, pour l'agrandir sur la sonde cannelée : autrement on aurait une plaie mâchée, peu favorable à la cicatrisation, tandis qu'avec un conducteur elle est régulière et favorable à une réunion, sinon immédiate, du moins assez prompte. » (Vidal de Cassis, t. V, p. 277.)

Calculs de l'urètre chez la femme.

Les calculs de l'urètre chez la femme sont remarquables par le volume qu'ils peuvent offrir et par leur expulsion spontanée, à laquelle une grosseur extraordinaire ne s'oppose pas toujours. A partir du moment où le volume de ces calculs rendus spontanément commence à être notable, il varie depuis celui d'une amande jusqu'à celui d'un œuf d'oie (Borel..., *Cent.* 2, *obs.* 22, p. 126.—Colot, *Traité de la lithotomie*, p. 289).

Quelquefois cette élimination n'est suivie d'aucun accident, comme dans le cas suivant, où elle fut aidée par la main d'un chirurgien :

Obs. 6. « En 1825, une jeune femme fut reçue à l'Hôtel-Dieu et couchée salle Saint-Jean pour y être traitée d'une rétention d'urine. L'interne chargé de la sonder fut très-surpris, en voulant pratiquer cette opération, de trouver, à la partie supérieure de la vulve, un corps saillant, dur et sonore, qu'il prit bientôt pour un clitoris ossifié (l'observation de Bartholin, si elle n'est point apocryphe, repose sur une semblable méprise), jusqu'à ce qu'un doigt, introduit dans le vagin et ramené d'arrière en avant contre la paroi supérieure, eût fait cesser l'erreur en dégageant de l'urètre un gros calcul amygdaliforme, qui faisait une saillie d'un demi-pouce à l'extérieur ; il pèse 4 gros 36 grains, et a 22 lignes de long sur 10 de large. » (Félix Legros, *Gazette des Hôpitaux*, t. x, p. 216, année 1836.)

Chez d'autres sujets, le calcul ne sort de l'urètre qu'après lui avoir fait perdre son ressort ainsi qu'au col vésical, et il en résulte une incontinence d'urine.

Obs. 7. « Une femme de soixante ans était depuis long-temps sujette à des ardeurs d'urine et à divers autres symptômes de calcul dans la vessie, quand, après des douleurs vives et des efforts très-grands d'excrétion, elle rendit une pierre par l'urètre, naturellement et sans le secours d'aucun agent mécanique.

» C'est, comme on peut le voir, un corps ovoïde, irrégulier, de deux pouces et demi de longueur, d'un pouce et demi d'épaisseur, et d'à peu près un pouce trois quarts de largeur.

» Rugueux et d'une couleur blanchâtre dans la plus grande partie de sa surface, il est lisse et jaunâtre à sa grande extrémité. Près de cette extrémité, et à la limite de la partie rugueuse, se trouve un enfoncement circulaire, une sorte de collet.

» Cette pierre pesait, à l'époque où elle a été expulsée, en 1816, trois onces et demie ; aujourd'hui elle ne pèse plus que trois onces trois gros et demi. Sa dessiccation lui a fait perdre de son poids et probablement aussi de son volume.

» La sortie n'avait donné lieu à aucune déchirure apparente de l'urètre ; mais elle fut suivie, ainsi que cela s'est vu presque toujours en pareil cas, d'une infirmité pénible, d'une incontinence d'urine ; celle-ci a duré jusqu'à la mort, arrivée deux années plus tard. » (Ségalas, *Gazette des hôpitaux*, t. x, p. 192, année 1836.)

Un accident plus rare de la sortie du calcul de l'urètre de la femme, c'est l'hémorrhagie ; Bierling dit (*Advers.*, cas. 98, p. 249) qu'elle fut très-abondante dans un cas où la pierre expulsée pesait six gros.

Le calcul engagé dans l'urètre peut arriver en dehors sans passer par le méat ; on a vu une pierre de cent vingt grammes déchirer la cloison urétro-vaginale et déterminer une fistule, qui, à la vérité, ne fut pas longtemps à se fermer. (Morand, *Traité de la taille*, p. 146.)

Les symptômes sont à peu près les mêmes que chez l'homme, mais moins prononcés ; douleur locale variable, envies fréquentes et difficulté d'uriner ; quelquefois rétention d'urine, et plus souvent incontinence après l'extraction. Le diagnostic est d'une extrême facilité, le cathétérisme, le toucher vaginal ne peuvent pas laisser le moindre doute. Le pronostic n'a en général de gravité que dans les cas où le calcul est arrivé à un volume excessif ; alors l'incontinence est à craindre. Le danger des infiltrations urinaires si redoutables chez l'homme disparaît ici à peu près complétement.

Le traitement consiste à saisir le calcul avec une pince à anneaux, en même

temps que le doigt introduit dans le vagin pousse la concrétion d'arrière en avant. Lorsque cela devient nécessaire, on recourt préalablement à la dilatation de l'urètre au moyen de l'éponge préparée, mais il faut procéder graduellement, parce que si la nature chasse des pierres si volumineuses par ce canal, elles s'y engagent plus petites, y grossissent, et ce n'est que peu à peu qu'elles le dilatent. La violence exposerait à des accidents.

ARTICLE V.

Névroses de l'urètre.

« Les névroses de l'urètre ont été peu étudiées, ce n'est que dans ces derniers temps que les observateurs ont commencé à distinguer ces maladies de celles qui sont pour ainsi dire plus matérielles. Et encore, si on lit avec attention ce qui vient d'être écrit sur ce sujet, il sera facile de se convaincre que ceux qui se sont le plus occupés de cette distinction n'ont pas toujours évité la confusion que la complexité des faits rend d'ailleurs très-facile.

» Les névroses portent sur la sensibilité et sur la contractilité de l'urètre; presque toujours ces deux propriétés sont en même temps modifiées. » (Vidal de Cassis, t. v, p. 285.)

Nous commencerons par les lésions de la contractilité, ou par le spasme de l'urètre ; celles de la sensibilité seront ensuite étudiées sous le titre de névralgies.

§ 1. Spasme de l'urètre.

Le spasme de l'urètre constitue une des questions les plus controversées de la pathologie. Les auteurs ne sont d'accord ni sur son siége précis, ni sur ses formes, ni sur son existence même. M. Leroy-d'Étiolles ne l'a jamais observé à l'état simple, sans rétrécissement organique, et M. Mercier le nie complétement. M. Civiale, au contraire, y attache une grande importance, et c'est surtout d'après ce chirurgien que nous allons le décrire.

Causes du spasme de l'urètre. L'abus des plaisirs vénériens, en exagérant la sensibilité de l'urètre, fait naître des rétrécissements spasmodiques, ainsi que dans le cas suivant :

Obs. 1re. « Le capitaine B.., âgé de trente-six ans et d'une constitution robuste, avait eu plusieurs blennorrhagies, dont il s'était débarrassé militairement, avec autant de succès que de bonheur. Sa santé était excellente ; il ne se ressentait ni des fatigues de la guerre, ni des excès dans le coït. Cependant, à la suite d'un de ces derniers, il se trouva dans l'impossibilité d'uriner. Tous les moyens furent inutiles ; les plus grands efforts demeuraient sans résultat. L'introduction de la sonde donna issue à environ trois pintes d'urine, et mit un terme aux angoisses ; les fonctions de la vessie se rétablirent immédiatement. Quelques mois après, le même homme fut menacé d'accidents semblables, dont je n'eus pas de peine à arrêter le développement. Après avoir vidé la vessie, je m'assurai que l'urètre était beaucoup plus irritable au-dessous de la symphyse pubienne qu'il ne l'est dans l'état naturel. L'introduction de quelques bougies détruisit cet excès de sensibilité. De son côté, le malade sentit la nécessité d'user du coït avec plus de modération, et depuis lors il n'a éprouvé aucun dérangement dans les fonctions de la vessie. » (Civiale, *Traité des maladies des organes génito-urinaires*, 1re partie, p. 58.)

Chez un Portugais, observé par le même chirurgien, le coït modéré ne produisait qu'une légère difficulté d'uriner pendant quelques heures ; mais toutes les fois que l'acte était répété, et surtout précédé d'une érection prolongée, il amenait une rétention complète d'urine. Ce sujet conservait un peu de blennorrhée.

On a vu une impression vive, morale ou physique, déterminer le spasme de l'urètre, par exemple une grande frayeur ou un froid intense, bien que dans la première circonstance l'effet contraire soit plus souvent observé, c'est-à-dire un relâchement de tout ce qui s'oppose à l'écoulement de l'urine. Il y a long-temps que J.-L. Petit a noté que le froid provoquait les contractions de la vessie, et

ce n'est pas le premier qui ait fait cette remarque.

Un simple cathétérisme, en agaçant un canal très-susceptible, a suffi pour occasionner un rétrécissement spasmodique; et comme très-souvent la présence d'une bougie fait cesser cet état, il en résulte que la même chose peut en être la cause et la guérison. Voici un cas où le cathétérisme produisit un rétrécissement spasmodique.

Obs. 2. « M. L..., de Paris, âgé de soixante ans, présentait la plupart des signes rationnels de la pierre. On voulut s'assurer de l'existence du calcul par le cathétérisme. Cette exploration fut faite avec le plus grand soin en présence du médecin ordinaire. Elle ne produisit pas autant de douleur qu'on aurait pu le croire d'après l'irritabilité du sujet. Mais lorsque le besoin d'uriner se déclara une heure après, il fut impossible au malade de le satisfaire; de nouveaux besoins, de plus en plus pressants et rapprochés demeurèrent aussi sans résultat. Il fallut donc pratiquer le cathétérisme évacuatif, et ce fut seulement au bout de quelques jours que le malade recouvra la faculté d'uriner librement. » (Civiale, *lieu cité,* 1re partie, p. 60.)

La distension excessive de l'urètre par les instruments de la lithotritie amène un resserrement spasmodique de ce canal, qui s'oppose pendant un certain temps au passage de l'urine. La pratique, dit M. Civiale, offre à chaque instant des cas de ce genre.

L'application du nitrate d'argent dans les rétrécissements organiques entraîne souvent les mêmes effets.

Obs. 3. « Un Anglais, habitant la France, avait un rétrécissement de l'urètre depuis fort long-temps. Il urinait sans le secours de la sonde, et n'éprouvait jamais de rétention. Cependant, fatigué de la fréquence des besoins d'uriner qu'il éprouvait et de la difficulté avec laquelle il pouvait y satisfaire, il se détermina enfin à subir un traitement propre à rétablir le diamètre naturel du canal. On eut recours au caustique, dont les applications furent légères, courtes et très-rationnelles. Mais chaque soir du jour où le malade les avait subies, il se manifestait une rétention d'urine, quoiquoi l'urètre permît aisément l'introduction d'une petite sonde. Ce fut à l'occasion d'une de ces rétentions que je fus appelé, le chirurgien, qui avait commencé le traitement, venant de quitter Paris. Je continuai l'emploi des mêmes moyens, et une nouvelle rétention d'urine eut lieu après ma première application de caustique. Un seul cathétérisme suffisait chaque fois pour faire cesser les accidents et pour en prévenir le retour. Cependant il me parut convenable de renoncer à la cautérisation et d'insister sur l'emploi des bougies; le traitement fut long, mais il eut un plein succès. » (Civiale, *Traité des maladies des organes génito-urinaires,* 1re partie, p. 61.)

Le gonflement, résultant de la congestion irritative, vient sans doute au secours du spasme pour en augmenter les effets.

M. Civiale cite l'observation suivante dans le but d'établir que les femmes en couches sont sujettes au spasme de l'urètre.

Obs. 4. « Madame H..., de Paris, après un accouchement prompt, même facile, éprouva des douleurs à la région hypogastrique, avec tuméfaction du ventre et malaise général. Ces accidents furent d'abord attribués aux changements qui venaient de s'opérer dans la matrice, et en apparence avec d'autant plus de raison que la malade n'éprouvait aucun besoin d'uriner bien caractérisé. Je fus appelé en l'absence de l'accoucheur. L'examen des parties souffrantes me donna la certitude que la vessie était le point de départ des désordres qu'on observait, et j'appris qu'en effet la malade n'avait point uriné depuis vingt-quatre heures. L'évacuation de la vessie fit promptement cesser tous les accidents, qui ne reparurent point. » (Civiale, *lieu cité*, 1re partie, p. 62.)

Caractères anatomiques du spasme de l'urètre. Le spasme étant une affection nerveuse, nous n'avons à examiner ici que son siége. Beaucoup de chirurgiens le placent tout le long du canal; d'autres, dans les régions membraneuse et prostatique, le plus grand nombre peut être dans la région membraneuse exclusive-

ment ; quelques-uns, avec Brodie, en réduisent davantage encore le siége, en le confinant au point de la portion membraneuse de l'urètre qui est embrassé par le muscle de Wilson. En passant en revue ces diverses opinions, M. Leroy-d'Étiolles discute la nature et, disons-le, l'existence du spasme de l'urètre.

« Lorsqu'un rétrécissement organique existe dans la région spongieuse de l'urètre, la turgescence du tissu érectile ajoute encore, lorsqu'elle est mise en jeu par une excitation quelconque, à l'étroitesse de l'urètre ; elle détermine alors des alternatives de constriction et de relâchement. C'est par cette turgescence qu'est produite la constriction des sondes et bougies, plus forte après un quart d'heure, une heure de séjour, qu'au moment de leur introduction ; mais ce n'est pas là un rétrécissement spasmodique. Le même phénomène se manifeste, bien qu'à un degré moindre, sur les coarctations organiques de la région musculeuse ; il accroît même quelquefois momentanément les déformations de l'urètre, auxquelles donne lieu l'hypertrophie de la prostate. Mais là encore l'altération organique joue le rôle principal et indispensable ; la turgescence n'est qu'un accessoire. Je ne prétends pas nier la possibilité, la réalité même du rétrécissement spasmodique de l'urètre sans rétrécissement organique ; *mais je ne l'ai jamais observé*. Il m'est bien arrivé, et cela fort souvent, de rencontrer vers la courbure du canal un obstacle au passage de la sonde et de la bougie, obstacle qui, dans un autre moment, avait disparu complétement. Eh bien ! me dira-t-on, n'est-ce pas là un rétrécissement spasmodique ? non, répondrai-je ; et d'abord je conviens bien qu'il y a obstacle, mais non rétrécissement : et la preuve, c'est que si, par une inclinaison latérale du bec de la sonde, par le tour de maître, ou par tout autre mouvement, on évite la résistance, l'instrument n'éprouve pas la moindre constriction ; ses mouvements de va et vient sont tellement libres que le chirurgien se demande comment il a pu être arrêté aussi long-temps. Objectera-t-on que la cessation subite du spasme a rendu tout à coup le passage possible ? mais alors comment se ferait-il que le même mouvement de la sonde sur le même individu parvînt presque toujours à la faire passer ? Il est en outre un fait qu'il ne faut pas perdre de vue, parce qu'il est capital dans cette question : c'est que cette espèce d'obstacle, ce prétendu rétrécissement spasmodique se montre sans qu'il y ait rétention d'urine ; et quand elle existe, ce n'est pas lui qui la produit : elle reconnaît pour cause, le plus souvent, l'hypertrophie de la prostate. Pour en avoir la preuve, il suffit d'arrêter la sonde immédiatement après qu'elle a franchi l'obstacle ; jamais à ce point, fût-elle percée à son extrémité, elle n'amène d'urine ; et pour donner issue au liquide, il est indispensable de pénétrer jusque dans la vessie. C'est un fait que j'ai vérifié plusieurs centaines de fois.

» Ce n'est pas dans la portion de l'urètre embarrassée par le muscle de Wilson que l'on rencontre ordinairement les obstacles passagers auxquels on a donné le nom de rétrécissement spasmodique ; c'est en arrière du bulbe, au commencement de la portion membraneuse, là où viennent s'insérer plusieurs muscles ; par leur contraction, cette région de l'urètre, déjà naturellement plus étroite, se trouve tirée en sens divers, latéralement par les transverses, en arrière et en bas par le sphincter externe, en avant et en haut par les bulbo-caverneux, qui, l'enveloppant partiellement dans les courbes de leurs fibres, peuvent en outre l'aplatir.

» Les fibres musculaires qui entrent dans la texture de la portion de l'urètre, dite membraneuse, ne sont pas la cause de cet obstacle ; car, s'il dépendait de leur contraction, il occuperait toute la longueur de cette région, tandis qu'il est presque linéaire et situé, je le répète, juste en arrière du bulbe. Quelle est donc la cause de cet obstacle passager à l'introduction des sondes, non dépendant d'altérations organiques ? c'est ce que je vais essayer d'expliquer.

» La contraction des plans musculeux peut ajouter aux difficultés de la miction et du cathétérisme, mais seulement lorsqu'il y a un rétrécissement organique.

De même que la turgescence dont je parlais tout à l'heure, les effets de cette contraction sont bornés au point rétréci. » (Leroy-d'Étiolles, *Recueil de lettres et de Mémoires adressés à l'Académie des sciences* pendant les années 1842 et 1843, p. 124.)

Chez la femme, le spasme urétral consécutif à l'accouchement, siége surtout, d'après M. Civiale, à l'origine et à la partie moyenne du canal.

Symptômes du spasme de l'urètre. Les symptômes du spasme de l'urètre sont bientôt exposés : ce sont la diminution du jet urinaire ou même la suppression ou la rétention complète d'urine. Au cathétérisme, tout à coup une bougie fine ne passe plus là où une grosse venait de s'engager facilement, ou c'est l'inverse qui a lieu. Après une séance de lithotritie, un fragment de la pierre s'arrête dans l'urètre, au lieu d'être extrait; il se déclare une rétention complète d'urine, et la sonde ne peut plus passer là où l'instrument d'un plus gros calibre était auparavant facilement introduit (Civiale).

Diagnostic du spasme de l'urètre. « Le diagnostic des coarctations spasmodiques de l'urètre ne présente aucune difficulté. Le trouble qu'elles produisent dans l'émission de l'urine est subit et temporaire. Tantôt il se borne à une simple gêne, qui cesse d'elle-même au bout de quelques heures; et tantôt il consiste en une véritable rétention d'urine, qui exige de prompts secours; mais jamais il n'y a d'autres douleurs que celles qui naissent de l'impossibilité d'uriner. On n'observe non plus aucun écoulement. Ces caractères suffisent pour faire distinguer le spasme de toute autre affection, si l'on excepte un état analogue du col de la vessie, dont je parlerai plus loin, et avec lequel il n'y aurait aucun inconvénient à le confondre, puisque le mode de traitement est le même dans les deux cas. En pareille circonstance, on appellera à son aide tous les autres symptômes, quoiqu'ils aient peu de valeur. Ainsi, l'état général du sujet, les maladies antérieures, celles surtout qui ont pu atteindre les organes génito-urinaires ou exercer quelque influence sur eux, l'état habituel des voies digestives, etc., seront tour à tour passés en revue. Mais constamment l'unique moyen d'acquérir une pleine et entière certitude à l'égard de la nature des accidents, est de recourir à la sonde ou à la bougie.

» Une circonstance légèrement embarrassante se présente ici. L'introduction des sondes, assez facile dans la plupart des cas simples, c'est-à-dire lorsqu'il n'y a point de rétrécissements organiques, exige néanmoins toujours une certaine habitude. Outre que le bout de l'instrument peut s'engager dans une valvule, on rencontre parfois des difficultés tellement inexplicables que les plus habiles chirurgiens sont arrêtés et croient à une coarctation organique qui n'existe point. Cette méprise a lieu plus souvent qu'on ne serait tenté de le croire, et elle entraîne le grave inconvénient de faire soumettre le malade à un traitement pénible, dirigé contre une affection imaginaire. Pour l'éviter, il suffit de mettre beaucoup de lenteur à introduire la sonde. De cette manière, on n'éprouve pas plus d'obstacle que s'il n'existait point de spasme; seulement le malade souffre un peu plus quand l'instrument arrive à l'endroit resserré. Quelquefois l'urine coule dès qu'on a franchi ce point; mais ordinairement elle ne sort qu'après qu'on est parvenu dans la vessie, ou lorsqu'on retire la sonde, qu'il serait toujours inutile de laisser. » (Civiale, *Traité des maladies des organes génito-urinaires*, 1re partie, p. 57.)

Voici comment M. Leroy-d'Étiolles expose et interprète les renseignements que donne le cathétérisme :

Obs. 5. « J'ai posé en fait qu'une investigation attentive fait trouver un commencement d'engorgement de la prostate lorsque ces contractions apparaissent; la tuméfaction de cette glande, produisant l'allongement du quart postérieur de l'urètre, doit donner lieu à la tension des muscles que nous avons nommés; et de leur contracture anormale résulte, non pas un rétrécissement proprement dit, mais une déformation, un aplatissement du commencement de la portion membraneuse, tantôt dans le sens vertical, tantôt dans le sens horizontal, suivant que ce sont les uns ou les

autres qui se contractent maladivement. Si j'en juge par les sensations que j'ai maintes fois éprouvées en pratiquant le cathétérisme dans ces circonstances, je serais porté à croire que la tension en travers est la plus fréquente; il semble que l'extrémité de la sonde vient heurter contre un plan résistant formé par une cloison, et lorsqu'on franchit l'obstacle, souvent il y a un ressort qui donne la sensation d'une rupture de cette cloison; ceci a lieu surtout avec les sondes de gomme introduites sans mandrin. Pour les engager quand elles sont courbes, il suffit parfois d'incliner légèrement le bec à droite ou à gauche, par un mouvement de rotation de la portion droite; l'extrémité se place parallèlement à la direction de l'orifice aplati de la portion membraneuse, et ne rencontre plus d'obstacle; le plus ordinairement il est nécessaire d'introduire une tige de fer dans la cavité de la sonde pour surmonter la résistance. Quand l'extrémité a dépassé seulement de 4 à 5 millimètres l'espèce de repli de demi-cloison qui forme l'obstacle, on peut retirer le mandrin, et la sonde chemine facilement sans éprouver de constriction. Parfois, au contraire, ce sont les sondes rigides qui sont arrêtées et les sondes molles qui passent. D'autres fois enfin, ni les sondes et bougies molles, ni les sondes en métal ne peuvent franchir ce point, et l'on est obligé d'attendre, tantôt quelques heures, tantôt quelques instants seulement, que la tension musculaire ait cessé; après quoi le passage devient facile. Si l'on explore avec la bougie porte-empreinte de Ducamp un urètre ainsi aplati, déformé par la contraction, la cire, au lieu de s'engager dans la portion membraneuse, se recourbe dans le bulbe et revient avec la forme d'une crosse ou d'une massue, comme si dans ce point existait un rétrécissement organique infranchissable. Quoique les fibres musculaires propres à la région membraneuse ne produisent pas cette sorte d'obstacle, cependant elles ont leur part dans le rôle que cette région membraneuse est appelée à jouer dans cette fonction, car je crois qu'il y a là une première porte de la vessie, si je puis ainsi m'exprimer, obéissant à la volonté plus instantanément peut-être que le col lui-même. Lorsque nous examinons par quel mécanisme nous suspendons brusquement le jet de l'urine, nous voyons que les agents qui, les premiers, entrent en action pour accomplir cet acte de notre vouloir, les seuls même dont la contraction soit appréciable, sont les muscles bulbo-caverneux et sphincter de l'anus, dont je signalais tout à l'heure les rapports avec le commencement de cette portion membraneuse. Tout le monde sait encore que les injections faites dans la portion spongieuse de l'urètre ressortent à mesure qu'elles sont poussées, à moins que la main du chirurgien, comprimant le méat urinaire sur la canule de la seringue, ne retienne le liquide et ne le force à surmonter la résistance; qu'au contraire si l'injection est pratiquée avec une sonde portée au delà de l'origine de la portion membraneuse, ne fût-ce que d'un centimètre, le liquide pénètre dans la vessie sans efforts : d'où il semblerait résulter que l'origine de la portion membraneuse de l'urètre serait dans un état de contraction, d'occlusion habituelle, du moins pour les fluides qui cheminent d'avant en arrière, ou de dehors en dedans; car il n'en est plus de même lorsque l'impulsion a lieu de dedans en dehors, c'est-à-dire dans le sens où la fonction s'exécute naturellement.

» Cet état de contraction du commencement de la portion membraneuse de l'urètre, qui s'oppose au passage des sondes, n'est que l'exagération de l'état normal. Tout le monde sait que le cathétérisme simple est facile; la main du chirurgien éprouve là une résistance légère, mais presque toujours perceptible pour celui qui apporte à cette opération la lenteur et la douceur convenables.

» Lorsque les sondes d'un certain calibre, en gomme ou en métal, ne peuvent être introduites (sans violence, s'entend), même par des mains exercées, et que l'on parvient à faire passer une bougie capillaire, il n'est pas rare qu'après un quart d'heure ou une demi-heure de son séjour, l'état de contraction cesse, et que les mêmes sondes qui n'avaient pu péné-

trer, ou même d'autres beaucoup plus grosses, arrivent avec facilité jusqu'à la vessie. » (Leroy-d'Étiolles, *Recueil de lettres et de Mémoires adressés à l'Académie des sciences* pendant les années 1842 et 1843, p. 126.)

Les complications du spasme de l'urètre sont les rétrécissements de ce canal, l'hypertrophie de la prostate, les calculs de la vessie, etc. L'hypertrophie de la prostate et les rétrécissements de l'urètre paraissent à M. Leroy-d'Étiolles se compliquer du spasme plutôt que de le compliquer. Nous avons vu qu'il n'admettait pas le spasme indépendamment de ces deux affections.

Le pronostic du spasme de l'urètre est en général favorable.

Traitement du spasme de l'urètre. Lorsqu'on est auprès d'un malade qui a une rétention d'urine, avec le cortége de symptômes indiqués, s'il n'y a point urgence, on commence par les bains prolongés, les applications émollientes, les lavements opiacés, etc. M. Civiale conseille l'immersion du gland dans l'eau froide, et les aspersions de cette partie avec de l'eau froide. Il faudrait sans doute s'abstenir des réfrigérants s'ils avaient causé le mal. Lorsque ces moyens suffisent pour rétablir le cours des urines, elles coulent d'abord par gouttes ou par un jet bifurqué, tournoyant, qui ne change pas de volume sous l'influence des plus grands efforts, mais qui grossit sensiblement à mesure que l'équilibre se rétablit.

Lorsqu'on échoue dans ces tentatives, il faut, dans le cas surtout où les accidents de la rétention sont devenus inquiétants, recourir à la sonde, d'autant plus qu'elle servira à éclairer la véritable nature de l'affection. La guérison est prompte quand le rétrécissement spasmodique est exempt de complications. Ce n'est même qu'exceptionnellement qu'on est obligé de répéter le cathétérisme. Suivant M. Civiale, une précaution à prendre, après chaque séance de lithotritie, c'est de ne pas quitter le malade avant qu'il n'ait uriné. Un excellent moyen de prévenir une rétention d'urine, dans cette circonstance, c'est de vider la vessie par la sonde chaque fois que l'envie d'uriner se manifeste.

Quand on a affaire à des cas compliqués, le succès n'est plus aussi facile, ni même aussi sûr, parce que le spasme n'est alors le plus souvent que l'affection secondaire ou, si l'on veut, la complication. Le cathétérisme n'est donc que palliatif, ainsi que la plupart des autres moyens qu'on emploie concurremment, encore le passage des sondes est très-douloureux, tant le canal est sensible et irritable.

§ 2. Névralgies de l'urètre.

On nomme névralgie de l'urètre une perversion ou plutôt une augmentation morbide de la sensibilité du canal de l'urètre, soit idiopathique, c'est-à-dire développée en dehors de l'existence d'une lésion organique aiguë ou chronique, soit symptomatique d'une affection organique. Nous devons également dire en commençant cet article que, pour éviter des redites fastidieuses et tout au moins inutiles, nous renvoyons pour beaucoup de points traités en détail dans le précédent volume au chapitre dans lequel nous avons parlé des névralgies du col de la vessie. Nous dirons également que souvent l'affection désignée sous le nom de blennorrhagie sèche ou de chaudepisse sèche, n'est autre chose qu'une simple névralgie urétrale. C'est un point, du reste, sur lequel nous reviendrons en traitant de la blennorrhagie (*voir* au *Traité des maladies vénériennes*). D'après M. Vidal de Cassis, l'affection douloureuse du canal de l'urètre serait dans le plus grand nombre des cas compliquée d'affection spasmodique, de rétrécissement nerveux du canal, rétrécissement momentané assez prononcé et assez intense quelquefois pour déterminer une rétention d'urine. Nous examinerons en même temps, et sans en faire le sujet de paragraphes séparés, les névralgies idiopathiques et les névralgies symptomatiques de l'urètre.

Causes. « Les *causes* des névralgies de l'urètre sont rarement appréciables. Tout ce qu'on sait c'est que l'action de ces causes est favorisée par les excès vénériens, par les émotions morales vives, par les irritations prolongées de l'urètre et

du col de la vessie, par les affections de la matrice et du rectum, notamment par une constipation habituelle.

« Il est des névroses de l'urètre dont la cause, le point de départ sont à l'urètre. C'est à la suite d'une action portée sur ce canal qu'on les observe ; ainsi M. Civiale parle d'une névrose de l'urètre qui se développa après le séjour d'un fragment de calcul dans la portion spongieuse de l'urètre. L'introduction d'une sonde, d'une bougie, l'application du nitrate d'argent sur la muqueuse de ce canal a aussi produit le même effet. Ces névroses se sont manifestées par des rétentions d'urine, qui ont été promptement combattues par le cathétérisme. Ici, il y a eu simple crispation d'un canal irrité par un corps étranger. A la rigueur, ces faits ne peuvent guère être rapportés aux névroses, ce sont plutôt des états congestionnels rapidement produits, et qui se dissipent souvent avec promptitude. Le coït répété produit aussi des rétentions d'urine promptement combattues par le cathétérisme, ou par le repos et les bains.

» Les spasmes de l'urètre, la sensibilité exagérée de l'urètre ne sont pas rares à la suite d'une maladie de ce canal, de la prostate, du col vésical. On voit, en effet, dans le cours de ces maladies, des moments de calme ou d'exaspération, des instants où le malade urine plus facilement, d'autres où il ne peut plus uriner. Ces changements dans les fonctions de l'urètre peuvent avoir lieu avec rapidité, quelquefois sous l'influence d'une cause très-légère en apparence. Chose remarquable, le coït, qui chez quelques personnes affectées de rétrécissement est suivi d'un écoulement plus facile des urines, a quelquefois un résultat contraire chez d'autres.

» Les névroses qui n'ont pas leur point de départ dans une affection de l'urètre sont ordinairement des effets sympathiques d'une lésion de la vessie, d'une autre partie de l'appareil urinaire, d'une maladie de l'appareil génital et de l'anus. Tous les praticiens ont observé la vive sensibilité du commencement de l'urètre pendant l'existence d'un calcul dans la vessie ; cette sensibilité excite le malade à porter continuellement la main à la verge, pour la tirailler au point de doubler quelquefois son volume, tant ces attouchements sont répétés (*voir Calculs de la vessie*). Quelquefois on ne trouve de point de départ ni dans l'appareil génital, ni dans l'appareil urinaire, ni vers le rectum ; alors la névrose existe pour ainsi dire dans toute sa pureté. On est surtout éclairé sur sa nature quand elle coïncide avec les affections morales vives, et avec des névralgies dans d'autres points de l'organisme. Le plus souvent ces névroses sont observées chez des individus dont le système nerveux a été ébranlé, ou qui ont été épuisés par des excès vénériens. Mais il faudra se méfier, car il est bien possible que ce qu'on attribue alors à une névrose sans lésion permanente, soit, en réalité, un symptôme d'un rétrécissement, et surtout d'une maladie de la prostate bien matérielle ; ceci est le cas le plus fréquent. » (Vidal de Cassis, *Pathologie externe*, t. v, pag. 283).

Symptômes. Toutes les régions de l'urètre ne sont pas également susceptibles, et ne deviennent pas avec une égale facilité le siége des affections névralgiques dont nous parlons. Celles qui sont le plus souvent envahies sont les plus rapprochées de la vessie, celles qui peut-être subissent au plus haut degré l'influence de la surexcitation produite par l'acte de la génération, celles aussi qui sont le plus en rapport avec les plans musculaires qui entourent le canal. Quelle que soit la partie qu'elles affectent, les névralgies urétrales offrent la plupart du temps des symptômes tellement obscurs, tellement incertains, qu'il est fort difficile, pour arriver à un diagnostic exact et précis, de procéder d'une manière directe. Les lésions sont nombreuses auxquelles on pourrait rapporter l'excès de sensibilité que l'on observe dans les circonstances qui nous occupent : la présence d'une pierre dans la vessie, une maladie chronique du col ou du corps de l'organe, la paralysie incomplète de l'organe, un rétrécissement de l'urètre. Mais il est des conditions qui peuvent jeter un certain jour sur le diagnostic, et contribuer à mettre le praticien sur la voie. L'irrégu-

larité de la marche des accidents, leur intermittence, et l'on sait que l'intermittence et la périodicité sont les principaux caractères des maladies nerveuses, quelles qu'elles soient; la cessation brusque suivie d'une augmentation d'intensité, puis de diminution nouvelle, sont autant de circonstances à prendre en sérieuse considération. Souvent il arrive que les premières atteintes de la maladie échappent à l'observateur, et que ce n'est qu'après s'être manifestées un assez grand nombre de fois qu'elles finissent par fixer l'attention. Dans les premières périodes de la maladie, les accès sont séparés les uns des autres par des intervalles plus ou moins longs, pendant lesquels la santé semble être à peu près parfaite. Un prurit avec sensation d'ardeur se manifeste bientôt le long du canal de l'urètre, principalement à l'extrémité de la verge; bientôt il se propage au pubis, aux aines, au sacrum, et jusque dans la région lombaire. Les crises n'ont rien de fixe dans leur fréquence ni dans leur durée. Quelquefois cependant elles reparaissent à des époques régulières et presque périodiques : les unes se renouvellent tous les jours, les autres tous les huit jours, celles-ci tous les mois, celles-là au moment où le malade se met à table, celles-ci à une certaine heure. Chez un malade elles revenaient tous les jours à quatre heures avec une constance remarquable. Ordinairement ces accès sont d'autant plus rapprochés et plus longs que la maladie est plus ancienne. Lorsqu'ils affectent le type quotidien, c'est communément le soir ou la nuit, ou au moment de la digestion, qu'ils ont lieu. On a remarqué que le défaut d'occupation, tout ce qui permet au malade de se replier sur lui-même, les émotions, et surtout la crainte de ne pouvoir uriner, en provoquent le retour.

Ces douleurs s'accompagnent en effet d'une difficulté d'uriner parfois très-grande; et ces deux symptômes sont quelquefois tellement liés l'un à l'autre que chaque goutte d'urine qui sort détermine des douleurs assez violentes pour produire des convulsions. En voici un remarquable exemple.

Obs. 1re. « Madame M..., de Paris, âgée de vingt-cinq ans, d'une forte constitution et d'une grande exaltation nerveuse, éprouva, quelques mois après ses couches, des besoins très-fréquents d'uriner et des douleurs pour les satisfaire. On essaya de combattre ces premiers accidents par un traitement antiphlogistique; mais la malade n'obtint qu'une amélioration légère et qui ne se soutint pas. Les accidents reparurent quelques jours après et prirent un accroissement tel que l'existence devint bientôt insupportable : les saignées, les bains et l'opium ne produisirent aucun soulagement. La malade entra dans un hôpital, où l'on eut recours aux injections dans la vessie, et aux cautérisations de l'urètre et du col de la vessie. Ce traitement local, combiné avec les opiacés, n'eut pas de résultat satisfaisant. On soupçonna plus tard l'existence d'un calcul, et l'on était même sur le point de pratiquer une opération propre à en délivrer la malade, lorsque je fus appelé. L'exploration de la vessie avec la sonde, puis avec le litholabe, me prouva qu'il n'y avait point de pierre; mais l'urètre était d'une sensibilité excessive, notamment à son orifice interne, où le passage de l'instrument pouvait à peine être toléré : on eût dit qu'il passait sur un tissu rude et rugueux. Du reste, je ne découvris aucune lésion organique. L'urine contenait seulement de temps en temps quelques mucosités : il devint donc évident pour moi que la malade était atteinte d'une névralgie fort intense du col de la vessie. Les accidents revenaient tous les jours à une heure déterminée, et se prolongeaient quelquefois pendant une partie de la nuit. Durant la crise, les besoins d'uriner étaient fréquents et la sortie de quelques gouttes d'urine causait des douleurs telles que la malade tombait dans les convulsions. A cet état succédait un accablement qui la privait de toutes ses facultés. Je cherchai d'abord à diminuer l'irritabilité du canal par l'emploi des bougies molles. Les premières ne purent être supportées que quelques minutes. Au bout de dix jours la malade put les garder une demi-heure, et, à dater de ce moment, elle obtint un soulagement notable. Cependant j'avais suspendu l'em-

ploi de l'opium à haute dose, et mon traitement médical se réduisait aux bains, aux lavements, aux boissons abondantes; mais l'amélioration ne se soutint pas. A l'époque menstruelle, les accidents reparurent avec la même intensité : leur durée seule fut moins longue. Après les règles on reprit l'usage des bougies, qui procurèrent encore du mieux pendant quelques jours; mais il survint une nouvelle crise aussi forte que la précédente, et qui dura deux jours entiers. On apprit à la malade à s'introduire des bougies, et on lui recommanda d'en user jusqu'à ce que leur passage et leur séjour dans l'urètre ne produisissent plus de douleurs. Ce moyen, continué pendant deux mois, suffit pour diminuer la sensibilité morbide du canal. Cependant les douleurs se renouvelèrent encore, quoique moins vives et moins périodiquement régulières. Je me déterminai donc à faire une nouvelle exploration, pour reconnaître s'il n'existait pas quelque lésion organique capable d'expliquer cette opiniâtreté. L'orifice interne de l'urètre fut le principal objet de mes recherches : je découvris seulement, à la partie inférieure et du côté gauche, un point très-sensible, dur, rugueux, inégal, mais sans saillie appréciable. Lorsque les yeux de la sonde ou la branche d'un instrument appuyaient sur ce point, la malade souffrait davantage, mais il me fut impossible de déterminer la nature de la lésion; les recherches furent longues et suivies d'une légère exaspération des accidents; la malade se découragea, et ne voulut plus prendre que quelques opiacés. Du reste, il n'y avait chez elle ni écoulement urétral, ni catarrhe de vessie; la menstruation était dérangée, l'appétit diminué et le sommeil troublé; il y avait un peu d'amaigrissement, mais sans altération des traits ni de décoloration de la face.»

L'auteur ajoute : « J'ai vu d'autres cas semblables, dont l'un s'est présenté tout récemment dans le service des calculeux. Je le signale d'autant plus volontiers que la cause de la maladie était appréciable. Une femme avait une petite pierre dont je la débarrassai facilement par les procédés de la lithotritie; une seule séance suffit pour détruire le corps étranger. En cherchant à constater si la vessie ne contenait aucun fragment calculeux, je reconnus près du col, et du côté gauche, la même induration, les mêmes rugosités que celles dont j'ai parlé dans l'observation précédente. Ici encore la malade a continué de souffrir, quoiqu'elle n'eût plus de pierre. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 1re part., p. 93.)

Outre la violence des crises cette observation met encore un autre phénomène en évidence, c'est le trouble de la menstruation, qui s'est trouvé suspendue chez la malade. C'est qu'en effet cette névralgie se borne rarement à un seul organe, à l'urètre, à la vessie, et même à un seul appareil; le plus souvent elle frappe à la fois ou successivement celui qui est destiné à la sécrétion et à l'excrétion urinaire et celui de la génération. Il est remarquable néanmoins que ce dernier est pris d'une manière plus manifeste chez la femme que chez l'homme. Il n'y a guère que la fonction menstruelle qui reçoive quelque atteinte.

Les accès ne viennent pas toujours surprendre le sujet au milieu de la santé; ils ont quelquefois des phénomènes précurseurs qui peuvent varier légèrement suivant les individus, mais qui se rapportent le plus ordinairement à du malaise, à un état de souffrance vague, qui n'a d'importance réelle que par ce qu'il fait craindre. La durée des symptômes avant-coureurs diffère suivant les cas; elle était de quinze jours dans le suivant. Ils consistaient en un malaise et un abattement considérables.

Obs. 2. « Une femme de quarante-six ans, fortement constituée, éprouva, il y a environ cinq années, des besoins d'uriner plus fréquents que de coutume, avec un peu de gêne pour les satisfaire. Ces premières atteintes passèrent pour ainsi dire inaperçues : la malade n'y fit attention que quand le trouble des fonctions de la vessie eut acquis une certaine intensité; ce ne fut qu'après plusieurs retours des accidents qu'elle se décida enfin à consulter un médecin. Des calmants, précédés d'évacuations sanguines, furent prescrits; mais les mêmes symp-

tômes continuèrent de se manifester de loin en loin. Ce n'était qu'après des efforts répétés et prolongés que la malade parvenait à rendre une petite quantité d'urine. La douleur, d'abord bornée au méat urinaire, s'étendit bientôt au pubis, au scrotum, à la région des reins. A mesure que les accès augmentaient, les fonctions des autres organes se dérangeaient, l'appétit et le sommeil se troublaient; il y eut même quelques mouvements nerveux; les règles se supprimèrent bientôt, et les accidents locaux furent accompagnés d'une suffocation et de mouvements convulsifs qui inspirèrent souvent de vives inquiétudes. Depuis un an surtout l'exaspération était notable et la santé fortement ébranlée. Les accès n'étaient cependant pas très-rapprochés, car ils ne paraissaient guère que tous les deux mois; mais la malade en était avertie quinze jours d'avance par un grand malaise et un abattement considérable. L'urine coulait d'abord à petit flot, puis s'arrêtait et reprenait; plus tard elle ne sortait plus que goutte à goutte. La douleur au méat urinaire était vive; la malade se plaignait surtout de souffrances dans les lombes et les reins, de suffocations et d'angoisses extrêmes. Tous les moyens généraux avaient échoué, et la santé dépérissait chaque jour d'une manière de plus en plus manifeste. Je reconnus que la vessie ne contenait point de corps étranger, mais qu'elle se débarrassait difficilement de l'urine, qui du reste était encore limpide, et ne contenait que par intervalles un léger dépôt floconneux. La malade resta un mois à Paris, pendant lequel je pratiquai plusieurs injections froides. Le passage des sondes fut d'abord douloureux, cependant le canal s'y accoutuma. Une crise moins longue et moins forte interrompit le traitement; ensuite le mieux se prononça d'une manière plus sensible, et en très-peu de temps la malade put retourner dans son pays. Elle n'avait pris aucun médicamment interne pendant toute la durée du traitement. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 1re part., p. 85.)

Le *diagnostic* des névralgies de l'urètre n'est pas aussi facile qu'il le paraît au premier abord. Non-seulement les symptômes sont vagues et variables, mais ils peuvent encore se confondre avec ceux de beaucoup d'autres affections du corps et du col de la vessie et de l'urètre. N'ont-ils pas quelquefois l'analogie la plus insidieuse avec ceux de la pierre ou d'une hypertrophie de la prostate? Mêmes douleurs, même trouble dans l'excrétion urinaire, et dans certains cas même soulagement par la compression de la verge, La marche irrégulière et parfois à peu près intermittente des accidents peu bien mettre sur la voie, mais ce n'est pas un guide très-sûr, puisque la pierre et plusieurs tissus de la prostate peuvent offrir la même mobilité, la même physionomie. Joignez à cela les complications nombreuses qui peuvent se rencontrer, le catarrhe vésical, les rétrécissements de l'urètre, l'hypertrophie prostatique, etc., et vous vous ferez une idée de l'obscurité que peut offrir le diagnostic. C'est alors surtout qu'on est forcé de procéder par voie d'exclusion, de bien s'assurer qu'il n'existe ni de calcul vésical, prostatique ou urétral, ni d'affection du col ou de la prostate, ni de rétrécissement de l'urètre. Il est bien entendu qu'on ne peut acquérir ces données négatives que par le cathétérisme.

M. Civiale est un de ceux qui se sont le plus occupés des névralgies de l'urètre, aussi lui empruntons-nous les quelques lignes suivantes relatives à la marche, à la durée de la névralgie de l'urètre : « On ne peut rien préciser, dit-il, quant à la fréquence, à la durée et à l'ordre de ses accès. Il y en a qui sont réguliers et jusqu'à un certain point périodiques. J'en ai vu qui revenaient tous les huit jours, et d'autres qui se renouvelaient tous les jours. J'ai traité un malade chez lequel ils se déclaraient au moment de se mettre à table, et un autre qui les éprouvait tous les jours à quatre heures. En général, ils sont d'autant plus rapprochés et plus longs que la maladie est plus ancienne. Lorsqu'ils affectent le type quotidien, c'est ordinairement le soir, la nuit ou au moment de la digestion qu'ils ont lieu. Le défaut d'occupation et de distrac-

tion, tout ce qui peut exaspérer la sensibilité, et surtout la crainte de ne pouvoir uriner quand le besoin s'en fera sentir, contribuent à les provoquer. Moins la vessie contient d'urine, plus il y a de peine à la rendre, et plus les souffrances sont vives. Presque jamais on n'observe de fièvre, malgré la violence ou l'opiniâtreté des douleurs, et quoique le sujet dépérisse d'une manière sensible.

» Dans quelques circonstances que le malade se trouve placé, les névralgies de l'urètre ont une marche progressive, mais variable en raison des complications qui peuvent déjà exister d'avance, et de celles qui ne manquent jamais de survenir avec le temps. Ainsi, en faisant abstraction ici des modifications que la coexistence de rétrécissements organiques, d'une lésion de la prostate, d'un calcul vésical, d'un abcès périnéal, comme j'en citerai un exemple remarquable lorsque je traiterai des abcès urinaires; en un mot, d'une affection quelconque des organes génito-urinaires, peut apporter à leurs caractères, si on les considère dans l'état primitif de simplicité absolue, il est certain que leurs accès deviennent proportionnellement plus longs, plus forts et plus rapprochés à mesure que des complications se manifestent par le seul fait de leur durée. A l'état nerveux, c'est-à-dire aux symptômes qui ne peuvent être rapportés à aucune lésion organique appréciable, se joignent alors les signes d'un catarrhe ou de toute altération profonde de la vessie ou de la prostate. Lorsque la maladie locale a fait de grands progrès, les fonctions du rectum sont atteintes les premières; et la santé générale s'en ressent. Au milieu d'un tel désordre, il devient toujours impossible de reconnaître sur-le-champ une névralgie primitive de l'urètre, à moins que les malades ne retracent avec plus de précision qu'ils n'ont l'habitude de le faire l'histoire du début et des progrès de leur affection. Presque toujours ils se bornent à des renseignements vagues, et cependant ils n'appellent guère le médecin que lorsque les accidents ont acquis un haut degré d'intensité. Or, à cette époque, il n'y a point absence complète des maladies avec lesquelles la névralgie urétrale pourrait être confondue. Dans tous ces cas compliqués, le diagnostic présente souvent des difficultés; cependant, tôt ou tard, la certitude qu'il n'existe ni rétrécissement organique de l'urètre, ni lésion de la prostate, ni calcul dans la vessie, réduit la question à une certaine simplicité. Dès lors il est difficile, avec un peu d'attention, de se méprendre sur la vraie nature des accidents, d'autant plus que, s'il y a des complications, leur gravité n'est jamais proportionnée à celle de ces dernières. D'ailleurs, il importe de tenir compte des circonstances que j'ai indiquées, et qui concourent à la production des névralgies.

» C'est par des explorations locales qu'on procède aux recherches nécessaires pour constater l'état névralgique de l'urètre et du col de la vessie. L'effet produit par ces explorations mérite surtout de fixer l'attention des praticiens, car elles contribuent plus souvent à améliorer qu'à exaspérer la maladie. A cet égard, il est un point sur lequel j'aurai fréquemment occasion d'insister, parce qu'il conduit à des erreurs qui doivent être moins attribuées à l'art lui-même qu'à ceux qui l'exercent. Beaucoup de personnes, peu accoutumées à pratiquer le cathétérisme, rencontrent souvent de la difficulté pour faire franchir la courbure urétrale aux bougies et aux sondes; l'instrument s'arrête en cet endroit, le malade se plaint d'éprouver des douleurs vives, et l'on admet avec trop de facilité qu'il existe là un rétrécissement. Les cas de cette nature sont bien plus nombreux qu'on ne le pense, et beaucoup de moyens curatifs accrédités contre les coarctations urétrales ne doivent pas à d'autres causes la renommée dont ils jouissent.» (Civiale, *ouv. cité*, t. I, p. 68.)

Après ce que nous venons de dire relativement à la symptomatologie et au diagnostic de la névralgie de l'urètre, nous citerons l'observation suivante, indiquée dans le Dictionnaire de médecine pratique comme un cas curieux de cette affection. Il est extrait d'un mémoire sur quelques nouvelles formes de maladies périodiques apyrétiques, inséré par le

professeur Fulci, de Catane, dans la *Nouvelle Bibliothèque médicale*.

Obs. 3. « La première observation que je rapporterai est relative à une urétritide virulente, à période tierce, dont voici l'exposé fidèle. Dans les derniers jours de février, je fus consulté par M. de C..., étudiant en droit, jeune homme d'un tempérament nerveux lymphatique, d'une constitution peu forte, jouissant habituellement d'une bonne santé. Ce jeune homme, après un coït impur, fut pris, le lendemain, d'un besoin pressant d'uriner : il ressentit de forts picotements et de la chaleur à l'extrémité de la verge. Pendant la nuit, les envies d'uriner devinrent très-fréquentes, le liquide sortait en petite quantité, les érections étaient spontanées et douloureuses, elles ne laissaient aucun repos. Le malade aperçut, le matin, à l'orifice de l'urètre un écoulement de matière jaune et puriforme. A ma consultation, je trouvai le frein enflammé et gonflé, les lèvres de l'urètre saillantes et fortement colorées. Convaincu de la capillaritide urétrale, ou de la phlegmasie de la muqueuse de l'urètre, également persuadé que la maladie n'avait point gagné les autres organes, je dirigeai tous mes soins vers la partie malade. Je n'ignorais pas les bons effets des médicaments prescrits par MM. Ribes et Delpech; mais n'en ayant pas retiré tous les avantages qui leur sont attribués par ces médecins, j'en revins à la méthode de M. Broussais, mise en pratique par MM. Gama, Richond, de Strasbourg, et par le professeur Lallemand; méthode dont j'ai moi-même obtenu les plus heureux résultats. Je fis appliquer une assez grande quantité de sangsues à la région périnéale; je conseillai les émulsions, les bains, les topiques mucilagineux et la diète végétale. Le vin et les spiritueux furent sévèrement défendus. J'avais ensuite le projet d'essayer les préparations d'iode, dont j'ai retiré de bons effets dans plusieurs circonstances. Le lendemain, je rencontrai par hasard mon malade, qui m'adressa ses remercîments sur l'heureuse réussite de mes remèdes. Il se trouvait totalement guéri; il urinait facilement, la rougeur et l'écoulement avaient disparu. J'attribuai ce résultat au caractère éphémère de l'irritation urétrale, due sans doute à une cause simple et passagère, et non à un principe spécifique. Je fus d'avis que le mode de traitement avait puissamment influé sur la guérison; mais le troisième jour les symptômes reparurent tels qu'ils s'étaient montrés trois jours auparavant, et presque à la même heure. Je résolus d'attendre quelque temps pour arrêter le cours de la maladie, qui s'annonçait tout au plus sous le type rémittent. Voulant me convaincre de son caractère intermittent et de la régularité de ses périodes, j'observai avec beaucoup de soin les symptômes de la phlegmasie qui venait de reparaître. Après avoir prescrit une médication débilitante, j'engageai le malade à s'observer deux fois par jour. Il revint le quatrième jour m'annoncer d'un air fort gai qu'il ne se ressentait plus de sa maladie.

» J'examinai la partie pour m'en assurer, et je ne trouvai aucune altération qui indiquât une irritation vasculaire. Convaincu de la nature périodique de cette urétritide, je chargeai le malade de s'informer si la femme avec laquelle il avait cohabité n'était point infectée. Il ne tarda point à en avoir la certitude; et il apprit même qu'elle prenait du mercure, suivant la nouvelle méthode de Scattigna. La nature de la maladie n'étant pas alors bien connue, je me déterminai à prescrire, pendant la rémission et comme moyen perturbateur, quelques injections saturnines combinées avec le sulfate de morphine. J'ordonnai à l'intérieur une forte solution d'hydriodate de potasse dans un véhicule mucilagineux. J'eus quelque temps l'intention de faire usage des sels de quinine et de cinchonine, à cause de l'intermittence et du retour régulier de l'irritation, mais mon habitude n'étant point, dans les capillaritides graves (phlegmasies pernicieuses), de recourir à ce médicament dès les premiers instants de la maladie, et voulant au contraire me conformer aux préceptes du professeur du Val-de-Grâce, préceptes que j'ai toujours vus parfaitement d'accord avec l'expérience, je me contentai de faire usage des médicaments les plus efficaces dans ces ma-

ladies urétrales, déterminé à administrer les préparations anti-intermittentes aussitôt que j'aurais employé ces moyens. Sous l'influence de cette médication, l'urétridite s'arrêta une troisième fois, revêtant d'une manière évidente le type tierce. Les douleurs, en urinant, devinrent plus légères, les érections moins fortes et de peu de durée, l'écoulement plus séreux. J'arrêtai la méthode perturbatrice pendant la période d'irritation, et je recommandai les médicaments doux; lorsque les phénomènes d'irritation eurent disparu, j'employai de nouveau l'hydriodate et les injections. Malgré ce traitement, la maladie revint encore deux fois, mais en laissant deux jours d'intervalle pour reparaître sous le type quarte. J'eus cependant la satisfaction de voir diminuer chaque accès, et la maladie fut enfin radicalement guérie, après s'être montrée, dans l'espace de quatorze jours, quatre fois sous le type tierce et deux fois sous le type quarte. » (*Nouvelle biblioth. médicale*, 1827, mars, p. 347.)

Nous avons dû rapporter ce fait en entier comme un exemple indiqué par les auteurs, d'une affection névralgique de l'urètre. Pour nous, cette observation n'est point relative à une névralgie urétrale. Nous y voyons d'abord une inflammation blennorrhagique du canal urétral, inflammation blennorrhagique caractérisée par un écoulement et par des douleurs excessivement violentes, et qui disparut sous l'influence d'une médication antiphlogistique énergique. L'intermittence aura probablement contribué à faire considérer l'affection comme névralgique, parce que c'est un des caractères principaux des névralgies; mais on sait maintenant aussi, à n'en pas douter, qu'il existe des inflammations véritablement intermittentes. Nous croyons donc que c'est à tort que les auteurs de l'article auquel nous faisons allusion, ont indiqué le fait du professeur Fulci comme exemple d'une névralgie de l'urètre.

Le fait suivant, communiqué à l'Académie de médecine dans la séance du 16 octobre 1828, par le docteur Caucanas, et mentionné comme une névralgie du pénis, nous semble devoir être rapporté aux névralgies de l'urètre, dont il offre les caractères, et dont on pourra le rapprocher, malgré le peu de détails dans lesquels on est entré à son sujet.

Obs. 4. « Un homme, âgé de soixante-onze ans, d'un tempérament irritable, qui avait éprouvé à différentes époques des douleurs spasmodiques à la poitrine, à l'estomac, à la gorge, à la vessie, est atteint de semblables douleurs au pénis, avec rétraction de cet organe; le mal est d'abord rapporté à des amas de matière sébacique qui s'étaient accumulés entre le prépuce et le gland, et qui y faisaient tumeur; mais le mal ayant persisté malgré l'extraction de cette matière, M. Caucanas commence à soupçonner qu'il est l'effet sympathique d'une gastro-entéralgie; il prescrit les adoucissants, les bains, les anti-spasmodiques, un régime doux, les distractions, le séjour à la campagne, et le malade guérit. » (*Arch. gén. de médec.*, t. XVIII, 1828, p. 449.)

Le *pronostic* n'est pas grave quand l'affection est au début; elle a même cédé plus d'une fois aux explorations destinées à en constater la nature, de même qu'on a vu souvent les accidents de la paroi diminuer ou disparaître par les manœuvres de la lithotritie.

Traitement. Au début, les névralgies de l'urètre sont peu graves, aussi leur traitement est-il souvent facile et suivi de succès. Les auteurs sont à peu près tous d'accord sur les indications à remplir en pareille circonstance.

Le *traitement* se réduit à remplir trois indications :

1° A diminuer, par l'usage prolongé et répété de la sonde et des bougies, la sensibilité exaltée et pervertie de l'urètre;

2° A changer le caractère de l'affection par une méthode perturbatrice;

3° A déplacer l'irritation.

La première indication se remplit en passant, pour quelques minutes, cinq ou dix, une sonde ou une bougie dans l'urètre, à revenir plusieurs fois à cette manœuvre qui suffit au début du mal. Dans le cas contraire, on devrait en venir aux injections dans l'urètre et dans la vessie; injections dont on abaisserait graduellement la température, etc.

Les moyens perturbateurs sont, ou les

injections froides, ou les cautérisations même dans le trajet du canal avec le nitrate d'argent. Après avoir épuisé les moyens directs, on aura recours aux modificateurs qui tendent à déplacer la maladie, purgatifs, révulsifs extérieurs, cautères, vésicatoires, moxas, frictions stibiées, douches; enfin on ne négligera point les narcotiques et les stupéfiants, quelquefois les antiphlogistiques; en thèse générale, les moyens devront être d'autant plus variés et plus long-temps prolongés, que la névralgie sera plus ancienne et plus opiniâtre.

On trouvera dans l'observation suivante, extraite du *Journal de méd. prat.* de Bordeaux, juillet 1842, un exemple de l'emploi de ces médications chez une femme traitée par M. Gintrac, médecin de l'hôpital.

Obs. 5. « Une femme, âgée de trente-deux ans, mère de quatre enfants, bien réglée, éprouvait depuis huit mois, sans fièvre aucune, des douleurs épigastriques, un sentiment de brûlure lors de l'émission des urines, et une sorte de titillation continue au méat urinaire. Elle fut admise dans le service de M. Gintrac, au commencement du mois d'octobre 1841.

» Sa constitution n'est point altérée, l'embonpoint est bien conservé, la face pâle, le pouls calme, la respiration libre; les fonctions digestives s'exécutent d'une manière normale. Les souffrances qu'elle ressent au méat urinaire sont incessantes, très-aigües, l'empêchent de se livrer un instant au sommeil. L'existence d'un calcul est soupçonnée, mais les moyens d'investigation mis en usage pour s'en convaincre, font écarter cette opinion. Les parties sexuelles sont le sujet d'un examen attentif. Le toucher, plusieurs fois pratiqué, ne peut découvrir aucune altération de ces organes qui sont à l'état sain. Saignées générales et locales, bains simples et sulfureux, injections émollientes et opiacées, introduction de bougies enduites d'extrait de belladone, cautérisation avec le nitrate d'argent, cyanure de zinc à la dose de 20, 40 centigrammes, extrait gommeux d'opium, extrait de jusquiame, tels sont les moyens qui furent mis successivement en usage sans en tirer aucun avantage.

» Le 22 du même mois, la menstruation survint, dura cinq jours, et fut accompagnée d'une varioloïde. Une sorte de révulsion s'opéra; les douleurs se calmèrent notablement, et la malade put prendre un peu de repos. Mais aussitôt après la dessiccation des vésicules de la varioloïde, les souffrances revinrent avec la même intensité qu'auparavant. Deux eschares avec la poudre de Vienne sont faites sur la région hypogastrique; bains avec addition de 120 grammes de sulfure de potasse, pilules composées avec l'extrait thébaïque et de jusquiame, à 0,25 à prendre chaque jour.

» Cette médication détermina un soulagement réel, et le 20 décembre la malade sortit de l'hôpital dans un état de convalescence.

» L'absence d'un calcul, d'une vive inflammation ou d'une dégénérescence rendent cette observation très-curieuse. » (*Gazette des hôpit.*, 1842, p. 485.)

Voici un cas qui offre la série des moyens généralement mis en usage par M. Civiale, et qui le furent ici jusqu'à un certain point avec succès.

Obs. 6. « M. le baron D..., âgé d'environ quarante ans, jouissait d'une forte constitution, altérée néanmoins par les fatigues de la guerre et quelques excès. A la suite de plusieurs blennorrhagies, qui avaient été parfaitement guéries, il éprouva un léger trouble dans l'excrétion de l'urine, qui exigeait des efforts et s'accompagnait d'une sensation pénible dans l'urètre. Cet état de souffrance ne dura que peu de jours, mais revint au bout d'un certain laps de temps, et fut combattu de la même manière que la première fois, c'est-à-dire par les bains, les lavements émollients, la diète, le repos, les boissons adoucissantes. Le malade recouvra bientôt la santé. Le même état de choses durait depuis environ cinq années, avec des crises de plus en plus fortes et rapprochées, lorsque je le vis. La vessie n'était point demeurée étrangère à l'affection, sa sensibilité et sa contractilité étaient principalement atteintes; cependant il n'y avait point de catarrhe proprement dit, mais l'état ner-

veux s'était développé d'une manière extraordinaire. Dans les derniers temps, les crises les plus fortes produisaient des étourdissements, qui obligeaient le malade à chercher un point d'appui, et qui influaient fortement sur son moral. Il avait contracté l'habitude de serrer sa verge entre ses doigts quand les douleurs se déclaraient, et cette compression le soulageait un peu. Rien ne faisait soupçonner l'existence d'une pierre. Cependant une sonde de moyenne grosseur fut introduite pour reconnaître l'état de l'urètre : il n'y avait pas de rétrécissement ; mais, depuis la symphyse des os pubis jusqu'au col de la vessie, le canal était d'une excessive irritabilité. Je constatai aussi que la prostate était dans l'état naturel. Lorsque toutes les dispositions furent prises, je cherchai à émousser l'irritabilité du canal ; des bougies furent introduites pendant quinze jours, et chaque fois laissées en place pendant dix minutes. Il y eut de l'amélioration, mais j'étais loin encore du but. Je fis quelques injections d'eau presque froide dans la vessie ; les douches froides sur le périnée et l'hypogastre, prises tous les deux jours pendant deux mois, des frictions sur la région vésicale avec la pommade stibiée, des frictions aromatiques sur le périnée, la région sacrée et la partie supérieure interne des cuisses, des lavements froids, eurent enfin du succès. Les fonctions de la vessie se rétablirent ; le malade reprit ses forces, et il recouvra la faculté d'entrer en érections, dont il était privé depuis longtemps.

» Le malade avait la diarrhée depuis l'apparition des accidents : elle cessa avec la difficulté d'uriner. Je signale cette circonstance parce que la maladie est ordinairement accompagnée de constipation. Le fait lui-même est digne d'ailleurs d'attention, puisqu'il a suffi de rétablir les fonctions du canal intestinal pour obtenir un soulagement notable. Mais l'amélioration de l'état moral ne se soutint pas, et trois ans après le malade perdit la raison. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 1re part., p. 86.)

Le passage et le séjour des sondes et des bougies dans l'urètre, les injections, etc., restent-ils inefficaces? il est bon d'avoir recours à ces moyens, qui ont souvent réussi : à l'introduction d'instruments plus volumineux dans le canal, d'un litholabe, par exemple. Cette espèce de violence qu'éprouve l'urètre en modifie la vitalité et fait aussi paraître la névralgie.

Ne pourrait-on point, dans un cas rebelle et grave, espérer la guérison d'une blennorrhagie intercurrente? L'observation suivante est peu propre à encourager ces espérances.

Obs. 7. « Le comte de C..., d'une forte constitution, mais excessivement irritable, éprouvait des dérangements dans l'excrétion de l'urine. Divers calmants furent successivement employés, mais sans succès : les besoins d'uriner étaient fréquents, surtout à certaines heures de la journée, et presque toujours au moment des repas. Pendant ces sortes d'accès, le malade éprouvait une sensation d'ardeur dans l'urètre, avec malaise général : il urinait très-souvent, et chaque fois abondamment. La durée et l'intensité des accidents n'avaient rien de réglé : ils étaient plus forts et plus opiniâtres chaque fois que le malade se fatiguait en montant à cheval. L'urine, même pendant l'accès, présentait rarement des caractères morbides : on y voyait seulement quelquefois nager de petits filaments muqueux. Tous les moyens avaient échoué : l'opiniâtreté des désordres fit croire à l'existence de la pierre, et je fus appelé. Je m'assurai que la vessie ne contenait pas de corps étranger. Le cathétérisme fut douloureux, mais il ne changea pas l'état du malade. Pendant quinze jours des bougies furent introduites et laissées chaque fois dix minutes : elles ne produisirent pas les bons effets qu'on en obtient généralement. Le malade remarqua néanmoins que les accidents avaient diminué d'une manière sensible depuis le cinquième jour jusqu'au douzième. Les douleurs acquirent alors toute leur force. Des bains prolongés et répétés chaque jour, des lavements, des suppositoires opiacés, des boissons abondantes, un régime sévère, tout fut à peu près inutile, ou

du moins ne procura qu'une amélioration temporaire; l'application du caustique sur le point douloureux ne fut pas plus efficace : les injections dans la vessie, les douches froides sur le périnée et sur l'hypogastre furent également sans résultat manifeste. Le malade vivait dans une sphère qui n'était guère propre à calmer son irritabilité. Plusieurs médecins furent d'avis que l'air des Pyrénées et l'usage des eaux thermales lui procureraient du soulagement. Il s'en trouva bien effectivement; mais, après son retour à Paris, il éprouva les mêmes accidents, quoique moins forts, moins longs et moins rapprochés. Cet état dura une partie de l'hiver, pendant lequel survint une urétrite qui le força de suivre un régime sévère pendant plus d'un mois : tous les moyens propres à calmer l'irritation furent tour à tour employés. L'inflammation aiguë n'ayant pas modifié d'une manière sensible l'état chronique qui l'avait précédée, le malade se trouva bientôt au même point qu'à l'époque de son retour des Pyrénées. Tout traitement fut suspendu. Plus tard les accidents diminuèrent avec beaucoup de lenteur, mais assez pour permettre de remplir toutes les fonctions. J'ai revu ce malade deux ans après, il se trouvait parfaitement. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 1re partie, page 87.)

Lorsque la méthode perturbatrice vient à échouer, il faut recourir aux révulsifs sur la peau et sur le canal intestinal. Les douches froides ont souvent amené les meilleurs effets. On a également employé avec succès les frictions stibiées à l'hypogastre et au périnée. Il est important dans tous les cas de rétablir le cours des évacuations alvines. Il faut varier, combiner tous ces moyens suivant les indications, trop heureux encore quand, après des tentatives longues et nombreuses, on arrive à la guérison, et nous avons rapporté un fait qui prouve qu'il n'est pas toujours possible d'atteindre ce but.

Est-il nécessaire de dire que lorsqu'il existe des complications on doit les combattre par des moyens appropriés ?

ARTICLE VI.

Inflammation de l'urètre ou urétrite.

L'urètre peut s'enflammer par diverses causes : par l'action mécanique d'un corps étranger et des instruments de chirurgie, par l'effet d'injections irritantes, ou sous l'influence de certaines substances prises à l'intérieur, comme la bière, etc.; mais la cause ordinaire de l'urétrite c'est la contagion dans un coït impur.

Cette dernière urétrite est la seule importante par les questions de pathologie qu'elle soulève, par ses effets plus ou moins éloignés; elle est exposée avec tous les détails qu'elle réclame dans notre *Traité des maladies vénériennes.*

L'urétrite non contagieuse, n'étant qu'une affection légère, disparaissant en général avec la cause qui l'a produite, trouvera sa place à côté de l'urétrite contagieuse, à laquelle elle devra être comparée. Nous nous bornerons ici à dire qu'elle se caractérise par un peu de douleur en urinant, surtout au début, et par un écoulement muqueux, blanchâtre, d'une consistance et d'une abondance variée, comme nous l'avons vu à l'occasion des rétrécissements du canal de l'urètre. Nous ne saurions insister davantage ici sans répéter ce qui a déjà été dit, sans empiéter sur ce qui le sera plus tard.

ARTICLE VII.

Rétrécissements de l'urètre.

La fréquence et la gravité de cette maladie exige qu'elle soit étudiée avec soin; aussi nous efforcerons-nous d'en donner une description complète.

Rétrécissement *spasmodique*, rétrécissement *inflammatoire*, rétrécissement *organique* de l'urètre, telle est la division qu'on trouve dans la plupart des auteurs. Les uns l'inscrivent pour l'adopter, les autres pour en rejeter la première ou les deux premières formes.

Tout le monde à peu près s'accorde aujourd'hui à nier le rétrécissement *spasmodique* de la portion spongieuse : MM. Civiale, Leroy-d'Étiolles, Ségalas, Mercier, Vidal n'en connaissent point d'exemple

M. Mercier a bien exposé ce point de pathologie :

« C'est particulièrement à J. Hunter que nous devons les idées régnantes sur ce point. Les alternatives qu'il avait remarquées dans le jet urinaire de certaines personnes, et l'impossibilité d'attribuer des phénomènes aussi variables à une lésion purement matérielle, l'avaient porté à croire que l'urètre est susceptible de se rétrécir et de se dilater; il en avait même conclu que le tissu de ce canal est musculaire : « L'urètre, dit-il, est » sujet aux maladies qui sont propres » aux muscles en général, et c'est même la » preuve que nous avons de sa muscula- » rité. » (*Œuvres chir.*, trad. par Richelot, t. XI, p. 362). Ainsi Hunter avoue lui-même que ce n'est pas à l'anatomie qu'il doit cette idée sur la structure de l'urètre. E. Home, il est vrai, dit avoir vu une couche de fibres musculaires en dehors de la muqueuse; mais son opinion n'est pas pour moi d'un grand poids : il n'a presque toujours fait que copier et exagérer les opinions de son maître. D'ailleurs, une doctrine contraire a été soutenue par Ch. Bell, Græfe, Barovero (de Turin), etc. M. Shaw n'a rencontré ces fibres musculaires ni sur le cheval, ni sur l'âne, ni sur le taureau (*Med. chir. trans.*, t. X, 342). D'un autre côté, M. Amussat, ayant mis à découvert l'urètre d'un chien vivant, y ayant introduit une sonde, ne rencontra pas la moindre difficulté en suivant la véritable direction, lors même qu'il excitait le canal à se contracter devant le bec de l'instrument, soit par des pincements ou autres stimulants extérieurs (*Gaz. méd.*, 1836, p. 114).

» On a cité, pour prouver la muscularité de la partie spongieuse de l'urètre, le jet avec lequel la matière gonorrhéique sort quelquefois lorsqu'on sépare les lèvres du méat urinaire collées l'une à l'autre par le dessèchement d'une certaine quantité de cette matière; mais ce phénomène est un pur effet de l'élasticité. Il en est de même de la force avec laquelle une injection est expulsée du canal, et la même chose aurait lieu sur le cadavre, surtout si, à l'exemple de M. Shaw, on injectait de l'eau dans le tissu spongieux de l'urètre, de manière à lui donner ce léger gonflement qu'il a souvent dans la gonorrhée. Cet auteur a même fait voir que si, dans cet état, on introduit une bougie à plusieurs centimètres dans le canal, elle en est graduellement expulsée, surtout si elle est conique.

» On a encore signalé, à l'appui de la même opinion, un phénomène tout à fait contraire : Une bougie, dit-on, qui avait pénétré avec assez d'aisance, n'a pu être retirée qu'en employant une certaine force. Cette difficulté s'explique facilement lorsque la bougie a franchi un rétrécissement dur et calleux; car, pour peu que cet instrument soit hygrométrique, il se gonfle devant et derrière la coarctation. Mais j'ai quelquefois remarqué un phénomène qui, observé par d'autres, et mal interprété, a pu induire en erreur. Souvent le canal est très-étroit devant ou derrière la fosse naviculaire, et il faut pousser avec une certaine force lorsqu'on veut introduire une sonde un peu volumineuse. Or si, lorsqu'on la retire, on ne fixe pas la verge, celle-ci s'allonge. L'urètre, perdant alors en largeur ce qu'il gagne en longueur, comprime toute la partie de la sonde qu'il renferme, et avec d'autant plus de force qu'on tire davantage. Par là se trouvent multipliés les points de frottement; par là se trouve conséquemment accrue la résistance.

» D'autres causes peuvent encore en imposer pour un spasme de l'urètre. M. Amussat ayant un jour introduit une bougie très-fine à travers un rétrécissement ne pouvait plus ni la pousser ni la retirer. Il imagina alors de faire une injection forcée dans le canal, et cette manœuvre lui réussit, car la bougie fut dégagée et le malade urina avec force, mais quelle ne fut pas la surprise du chirurgien lorsqu'il vit ses doigts couverts de sable rouge! Il comprit alors que ces corps étrangers s'étaient accumulés derrière l'obstacle, et que c'était eux qui avaient serré la bougie d'une manière si étrange. (*Loc. cit.*, p. 98.)

» Des courbures peu connues et quelquefois exagérées du canal ont encore fait croire à des rétrécissements spasmodiques. Ainsi, si l'on ne fait pas attention que l'urètre, pour se rendre du som-

met du gland à la face inférieure de la verge, décrit une courbe plus ou moins prononcée, et qu'on introduise une bougie suivant l'axe du pénis, la pointe de l'instrument ira butter contre la paroi supérieure du canal, et s'y arrêtera d'autant plus facilement que là se rencontrent des lacunes assez larges.

» Pour passer au dessous de l'arcade pubienne, l'urètre éprouve aussi une courbure qui n'est pas assez connue. Depuis le ligament suspenseur qui fixe la verge au-devant de la symphyse jusqu'au bulbe, le canal ne se dirige pas directement en arrière, mais il descend en même temps un peu et, chez certains sujets, d'une manière assez prononcée. Beaucoup de chirurgiens se trouvent arrêtés en ce point, parce que, s'imaginant être arrivés dans le bulbe, ils abaissent le pavillon de l'instrument pour relever le bec et l'engager dans la portion membraneuse, tandis qu'il faudrait au contraire relever le pavillon pour abaisser plus fortement le bec et le faire passer sous les pubis. Quelques-uns alors, après avoir tâtonné pendant quelque temps, enfilent la bonne voie, et, tout étonnés d'avancer si facilement là où ils venaient d'éprouver tant d'obstacle, ils restent convaincus qu'ils viennent d'avoir momentanément affaire à un rétrécissement spasmodique.

» Dans toute l'étendue du canal, des tumeurs inflammatoires, des lacunes, de petites fausses-routes, etc., peuvent encore devenir causes d'erreur.

» Il est question, dans les Leçons orales de Dupuytren, d'un homme affecté d'un rétrécissement profond et très-dur. « Une bougie fut placée au-devant de » l'obstacle, mais le malade indocile la » retira une heure après. Le soir, on es- » saya de la réintroduire, mais inuti- » lement, l'urètre était dans un état » de spasme si grand qu'on ne put la » faire pénétrer au delà de la fosse navi- » culaire, et qu'une force assez grande » était nécessaire pour l'arracher. Le » surlendemain, M. Dupuytren présenta » au canal une sonde d'argent d'un » moyen et d'un petit calibre; l'une et » l'autre furent arrêtées dans la fosse » naviculaire, et pressées avec la même » force que la bougie l'avait été la veille. » Un bout de sonde arrondie à son ex- » trémité fut introduit et fixé dans la » fosse naviculaire; elle fit peu de che- » min dans les premiers instants; mais, » au bout de vingt-quatre heures, elle » avait pénétré. » Ce fait est peut-être celui qui milite le plus en faveur du spasme de la portion spongieuse de l'urètre; cependant je crains qu'on n'ait pas suffisamment fait attention aux diverses causes d'erreur que j'ai dit exister dans la partie antérieure du canal. Admettons, par exemple, cette étroitesse naturelle que j'ai dit n'être pas rare derrière la fosse naviculaire, et supposons, ce qui paraît assez probable d'après l'*indocilité* prétendue du sujet, que la compression déterminée en ce point par la première bougie y ait excité une inflammation, et par suite du gonflement, et l'on comprendra comment la bougie, qui d'abord y avait été introduite, n'a pas pu y repasser pendant quelques jours.

» M. Civiale croit aussi à la possibilité des rétrécissements spasmodiques de la région spongieuse (*Mal. des org. génit.-urin.*, t. I, p. 61). Toutefois, le seul fait qu'il cite est bien peu concluant : « J'a- » vais soumis, dit-il, un malade à la litho- » tritie : un gros fragment de calcul s'en- » gagea dans l'urètre, au milieu de la » partie spongieuse duquel il s'arrêta, et » d'où je le retirai après quelques heures » de séjour. Au bout de quatre heures, je » fus rappelé auprès du malade qui, ne » pouvant pas uriner, croyait qu'un se- » cond fragment s'était arrêté au même » endroit. J'introduisis avec précaution » une algalie qui s'arrêta en effet à ce » point, mais sans y rencontrer de pierre. » Il n'y avait qu'un fort resserrement de » l'urètre, dans une étendue de deux à » trois lignes. Cette coarctation céda » bientôt à une pression douce et gra- » duée de la sonde, et aussitôt, sans que » celle-ci pénétrât plus avant, l'urine fut » lancée avec tant de force qu'on ne put » la recueillir. » Rien ne prouve qu'il y ait eu, dans ce cas, autre chose qu'un gonflement inflammatoire.

» Ainsi, il n'est peut-être pas de fait donné comme rétrécissement spasmodique de la région spongieuse qui ne soit

susceptible d'une autre interprétation. D'un autre côté, des chirurgiens d'une très-grande expérience n'en ont jamais vu (Ségalas, *Traité des rét. d'ur.*, p. 65; Amussat, *loc. cit.*; Leroy-d'Étiolles, *Lettres et Mém.*, p. 124). Pour mon propre compte, je me trouve dans le même cas. On m'accordera donc qu'avant d'admettre comme prouvé un phénomène aussi rare et aussi singulier, il faudrait de nouvelles observations, recueillies en se mettant plus en garde qu'on ne paraît l'avoir fait jusqu'à présent contre les diverses sources d'erreur. » (*Gazette médicale*, p. 85, 1845.)

Quant aux rétrécissements spasmodiques des parties profondes de l'urètre, la plupart des chirurgiens les admettent : Wilson, qui a décrit les faisceaux musculaires qui entourent la portion membraneuse, place dans cette région le siége des rétrécissements spasmodiques; M. Mercier, dans la valvule, qu'il charge de fermer et d'ouvrir le col vésical. Peut-être ont-ils raison tous deux, et la vérité se compose-t-elle de leurs deux opinions. Quoi qu'il en soit, ce spasme de l'urètre se manifeste sous l'influence d'une irritation locale du canal par le froissement d'un gravier, par l'abus du coït, par l'extension d'une blennorrhagie violente aux parties profondes de l'urètre, etc. Il se caractérise par un rétrécissement subit dans un canal auparavant sain, et plus souvent déjà affecté d'un rétrécissement organique.

Le passage suivant, emprunté à M. Lallemand, pourra servir à le faire reconnaître quand il existe réellement.

« On a vu qu'à Lyon un praticien distingué avait cru rencontrer deux rétrécissements, et que chaque fois le porte-empreinte était sorti surmonté d'une tige mince. Je dois, à cette occasion, dire quelques mots des rétrécissements spasmodiques. J'ai vu sur quatre malades, exempts de rétrécissement, le porte-empreinte s'arrêter à une certaine profondeur, et rapporter une tige centrale plus ou moins mince, comme s'il eût existé un endurcissement circulaire; sur trois de ces malades, l'introduction facile d'une sonde à cautériser me tira d'erreur ; ne sentant point d'obstacle, je ne mis pas le nitrate d'argent à découvert; mais chez un autre, l'instrument, arrivé à l'endroit où s'était arrêté le porte-empreinte, se trouva serré avec assez de force pour que je crusse être dans un rétrécissement, et je cautérisai. Le malade éprouva alors une vive douleur, et quand je fis tourner la sonde, je ne sentis aucune dureté ; je fis aussitôt rentrer le mandrin. Pour éclaircir mes doutes, le soir j'essayai de passer une sonde de très-gros calibre ; elle parvint dans la vessie sans difficulté. Il arriva ici une chose fort remarquable. Cette cautérisation calma plus tard l'irritation locale, et fit disparaître un écoulement opiniâtre qui était dû, probablement, ainsi que les autres symptômes, à quelque excoriation ou ulcérations du canal.

» Toutefois, il est toujours important de bien savoir ce qu'on fait, et il pourrait y avoir de grands inconvénients à cautériser, comme des rétrécissements, des portions du canal qui sont libres. Je signale donc cette cause d'erreur comme plus commune qu'on ne pense, et je suis convaincu qu'on a souvent cautérisé sans nécessité, peut-être même a-t-on quelquefois produit des désordres graves ; on évitera ces méprises en multipliant les explorations. Le traitement des maladies de l'urètre exige par dessus tout de la patience et de la circonspection ; il est incompatible avec la précipitation. » (Lallemand, *Observations sur les maladies des organes génito-urinaires*, IIe partie, page 427.)

Les meilleurs moyens d'y mettre fin sont les bains chauds prolongés, la saignée, les sangsues. Si l'on recourt au cathétérisme, il faut se servir d'une sonde élastique à courbure fixe et procéder avec une extrême douceur.

Les rétrécissements inflammatoires se développent dans les mêmes conditions, et le plus souvent sans doute le gonflement des parois urétrales s'ajoute à leur resserrement spasmodique ; nous ne nous étendrons pas davantage sur des lésions à peu près rejetées aujourd'hui. Ce que nous ajouterions a trouvé sa place à l'article des névroses de l'urètre.

Causes des rétrécissements organiques de l'urètre. La cause ordinaire des rétré-

cissements de l'urètre, c'est la blennorrhagie. Ducamp, tout en indiquant que les autres formes de l'inflammation pourraient bien avoir cette conséquence, ne parle cependant que du catarrhe urétral, sur lequel il insiste en ces termes :

« Les rétrécissements de l'urètre sont toujours le résultat de l'inflammation ; et comme la blennorrhagie est l'inflammation la plus fréquente et la plus intense de l'urètre, c'est elle aussi qui, le plus ordinairement, donne naissance aux rétrécissements de ce canal. En effet, si l'on interroge avec soin les individus affectés de cette dernière maladie, on apprend qu'ils ont eu une ou plusieurs gonorrhées ; que celle qui a précédé le rétrécissement s'est prolongée indéfiniment ; qu'elle s'est renouvelée plus ou moins fréquemment ; et si on les met sur la voie, ils tiennent tous, à très-peu de chose près, le langage suivant : On a eu beaucoup de peine à arrêter l'écoulement de ma dernière gonorrhée, quoiqu'il fût très-faible ; mon linge était habituellement recouvert de petites taches verdâtres ; j'avais des pesanteurs près de l'anus et des démangeaisons le long du canal ; ces symptômes s'exaspéraient à l'occasion du moindre excès, soit dans le régime, soit dans les plaisirs de l'amour ; ces derniers surtout rappelaient l'écoulement, et quelquefois même avec une abondance telle, que je pensais avoir contracté une nouvelle gonorrhée ; quelquefois tous les accidents disparaissaient ; je me croyais guéri ; mais cela était de peu de durée ; je ressentais aussi de légères cuissons en rendant mes urines ; le jet devint moins volumineux, moins régulier... » (Ducamp, *Traité des rétentions d'urine,* p. 29.)

La presque universalité des chirurgiens admet cette influence de la blennorrhagie ; et cette influence, malgré l'opposition isolée qu'elle a rencontrée, est vraiment incontestable. Ce point de pathologie est peut-être le plus propre à montrer l'effet variable de la même cause suivant les individus ; souvent après plusieurs écoulements, il ne se déclare aucun rétrécissement, tandis que, comme disait Richerand dans ses cours, un seul péché est quelquefois suivi de ce châtiment. « Toutefois l'écoulement urétral est loin de le déterminer toujours ; car autrement plus de la moitié des hommes en seraient affectés, au moins dans les grandes villes. Ici encore, de même que pour la plupart de nos maladies, il faut donc admettre une disposition originelle, ou des conditions temporaires qui en favorisent le développement : conditions, dispositions que nul ne saurait caractériser, ni prévoir. Ces conditions doivent être particulières à celui qui reçoit le mal, car il a été possible de constater, et pour ma part j'en ai trouvé l'occasion, que, deux personnes ayant reçu la chaudepisse de la même femme et à la même époque, l'une a été atteinte de rétrécissement et l'autre en a été exempte.

» Parfois, immédiatement après la première gonorrhée, l'émission de l'urine est altérée, mais le plus ordinairement la formation du rétrécissement n'a pas lieu d'une manière aussi prompte ; plusieurs années s'écoulent avant que le jet se déforme et perde de son volume. Sur un assez grand nombre de personnes, une première gonorrhée ne paraît pas laisser de traces, mais elle augmente la susceptibilité de l'urètre, car une seconde gonorrhée produit de suite tous les symptômes des rétrécissements. » (Leroy-d'Étiolles, *Sur les rétrécissements de l'urètre*, p. 68.)

Quelques auteurs prétendent que c'est à tort qu'on accuse la blennorrhagie de déterminer des rétrécissements, et que ceux qui se forment à sa suite ne sont que le résultat des injections astringentes employées pour la combattre. Enfin une troisième opinion consiste à faire la part des deux influences ; elle a été très-bien formulée par M. Civiale :

« Une des causes à laquelle les praticiens ont attaché le plus d'importance, c'est l'emploi des injections astringentes contre les écoulements urétraux. Les uns, s'appuyant sur l'autorité de Hunter, ont nié que les injections pussent entraîner de fâcheux résultats, et les autres ont soutenu le contraire. Les premiers ont cherché à établir que, sur un nombre donné de malades affectés de blennorrhagie, il survenait autant de

rétrécissements lorsqu'on n'avait pas employé les injections que quand on y avait eu recours. Je n'ai point eu occasion de vérifier ce parallèle, qui pourrait conduire à la solution du problème s'il embrassait un nombre suffisant de cas. Jusqu'à nouvel ordre, on doit rester dans le doute. Mais le doute peut-il subsister à l'égard de certaines injections que les modernes emploient avec une profusion déplorable? Quand on a traité par ces moyens un malade atteint d'urétrite, on le perd de vue, on le croit guéri, on le présente comme tel, et l'on part de là pour préconiser l'innocuité ou même les avantages de telle ou telle méthode de traitement. Toutefois, au bout d'un laps de temps plus ou moins long, le sujet est sous l'influence d'une lésion mille fois plus grave que celle dont on croit l'avoir délivré, et il s'adresse à d'autres praticiens qui voient alors les conséquences fâcheuses des injections. Voilà comment les choses se passent dans le plus grand nombre de cas, de telle sorte que ce ne sont pas ceux qui ont eu recours aux injections qui ont occasion d'en reconnaître les funestes effets. Parmi les milliers de rétrécissements que j'ai eu à traiter depuis vingt ans, la plupart et les plus graves avaient eu pour cause ou des injections styptiques, surtout avec le nitrate d'argent, ou des violences exercées dans le canal. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, p. 187.)

A part les faits, qui sont toujours les meilleurs guides quand ils sont convenablement interprétés, on peut juger des effets funestes des injections trop concentrées, par ce qui se passe lorsque le caustique solide touche trop fortement l'urètre, surtout lorsqu'en y séjournant trop long-temps, il se dissout et brûle le canal dans une grande étendue. Nous avons rapporté de ces cas où les accidents primitifs ont été très-inquiétants.

M. Leroy-d'Étiolles s'exprime dans le même sens; il a constaté sous ce rapport les funestes effets des injections concentrées. Il est vrai qu'il avance ce fait avec toute la réserve d'un observateur qui ne se regarde pas encore comme suffisamment éclairé, au moins en ce qui concerne les injections de nitrate d'argent. Du reste, pour ne point fausser la pensée de l'auteur, il est plus convenable de citer son texte; le sujet le mérite par son importance.

« En faisant le relevé des notes que j'ai conservées, je trouve 107 malades affectés de rétrécissement sans avoir jamais fait d'injection. Combien d'autres avaient eu la précaution en injectant de comprimer le périnée, pour empêcher le liquide de pénétrer dans la vessie; en sorte qu'il n'avait pu pénétrer jusque dans la portion membraneuse de l'urètre, où les neuf dixièmes des rétrécissements existent : précaution souvent superflue, il est vrai, puisque, comme nous l'avons dit précédemment, les injections faites dans la fosse naviculaire ne dépassent pas le bulbe, à moins qu'elles ne soient poussées avec force et que l'on ne serre le méat urinaire sur la canule de la seringue! Enfin combien de personnes affectées de blennorrhagies ont fait des injections sans qu'il en soit résulté plus tard de troubles dans les fonctions urinaires!

» Ce sont particulièrement les écoulements anciens et invétérés qui, produisant à la longue des ulcérations, laissent après eux les germes des rétrécissements : prévenir ces ulcérations en arrêtant l'écoulement dès le début, c'est, en apparence du moins, agir d'une manière rationnelle. Les injections astringentes sembleraient donc un préservatif des rétrécissements plutôt qu'une cause.

» Si je cherche à prouver que les injections ne produisent pas nécessairement les coarctations, je ne voudrais pas que l'on me supposât l'intention de les présenter comme tout à fait innocentes. En regard des faits dont je viens de parler, j'en pourrais citer un aussi grand nombre dans lesquels la formation des rétrécissements a suivi les injections au début de la blennorrhagie avec la précaution de comprimer la verge à sa racine, j'ai vu la portion antérieure de l'urètre, à partir du point où la constriction avait eu lieu, devenir plus rigide et plus étroite que le reste. Plus souvent le resserrement a lieu seulement dans le point où la compression destinée à bor-

ner l'action de l'injection avait été exercée. Les injections, quand elles sont trop irritantes, ne produisent pas seulement des rétrécissements; d'autres désordres, tels que l'inflammation du col de la vessie, des vésicules séminales, des testicules, les abcès de la prostate, peuvent en être la suite : nous en parlerons au chapitre des complications.

» Il y a une distinction importante à établir entre les injections : relativement à la manière dont elles sont faites, et surtout à leur nature. Nous n'avons guère maintenant à constater que les résultats des injections avec les sels de zinc, d'albumine, avec le vin et d'autres substances plus ou moins astringentes; mais, depuis quelques années, plusieurs praticiens leur ont substitué la solution de nitrate d'argent, dont l'action est beaucoup plus active. L'influence de ces escharotiques mitigés sur la production des rétrécissements ne saurait encore être appréciée à sa juste valeur. Déjà pourtant il me semble, d'après un certain nombre de faits, pouvoir dire qu'elle est fâcheuse; mais, ce qui n'est pas douteux, c'est la production plus fréquente de la prostatite et de la phlegmasie du col de la vessie. » (Leroy-d'Étiolles, *sur les rétrécissements de l'urètre*, p. 68.)

J. Hunter, comme pour mettre les parties d'accord, nie également et l'influence de la blennorrhagie et celle des injections. Il se fonde sur le peu de fréquence des rétrécissements eu égard au nombre immense d'écoulements, et sur la formation des coarctations dans des conduits où cette inflammation catarrhale est inconnue : tels que le canal urétral, les conduits lacrymaux, le tube digestif, où l'effet des injections ne peut pas davantage être invoqué. Mais, si la cause ordinaire de ces rétrécissements n'est pas une inflammation blennorrhagique, c'est toujours une inflammation. C'est en vain que les soutiens de cette doctrine invoquent, pour remplacer ces deux causes, le froid, certaines boissons diurétiques, des exercices violents, l'abus du coït, etc., toutes circonstances qui ne sont que secondaires ici. Si des rétrécissements viennent à des hommes qui n'ont jamais eu de chaudepisse, c'est tellement exceptionnel que très-peu de praticiens l'ont constaté.

Pour résumer la question nous dirons, que l'action de la blennorrhagie est incontestable et la plus fréquente de toutes; que celle des injections, des injections trop concentrées, est probable sinon prouvée.

Une chose digne de remarque, c'est que ce ne sont pas seulement les écoulements virulents qui sont suivis de rétrécissement; mais encore, quoique bien plus rarement, ceux qui ont une autre origine connue ou cachée.

Obs. 1re. « M***, âgé de cinquante ans, eut, sans cause connue, un écoulement par la verge avec ardeur d'urine; le médecin qu'il consulta s'opiniâtra, malgré les protestations du malade, à voir dans cet écoulement une affection vénérienne, et il le traita en conséquence. Cette blennorrhagie persista fort long-temps; on lui opposa, à diverses reprises, des injections astringentes, qui, plusieurs fois, parurent l'exaspérer. Depuis cette maladie, M*** fut rarement sans ressentir des douleurs dans le canal; au bout de quelques années, il éprouva tous les symptômes qui accompagnent le rétrécissement de l'urètre; il urinait peu à la fois, avec de grands efforts et des douleurs vives, et par un jet très-délié. Un petit dépôt se forma lentement au périnée, et détermina le malade, qui habite la Lorraine, à venir à Paris pour se faire traiter. Le dépôt fut ouvert, il en sortit quelques cuillerées de pus. On dilata le canal à l'aide des bougies emplastiques. M*** fut soulagé pour quelque temps, mais au bout de dix-huit mois il se trouva tout aussi malade qu'auparavant. Il se soumit au traitement par le caustique, et pendant six semaines on lui introduisit, tous les deux jours, dans l'urètre, une canule de gomme élastique armée de nitrate d'argent. On recouvrait cette dernière substance avec du suif, prétendant de la sorte mettre les parois de l'urètre à l'abri du caustique. Toutefois le malade eut, pendant toute la durée de ce traitement, un écoulement des plus copieux. L'application de cette canule armée facilita beaucoup l'excrétion des urines; le malade urinait même par un jet de gros-

seur presque naturelle ; mais son chirurgien ne put faire arriver jusque dans la vessie une sonde n° 5 ; et M*** regagna son pays sans avoir obtenu cette satisfaction.

» Il urina avec assez de facilité pendant quelques mois ; mais à la fin du dixième au onzième la difficulté d'uriner l'obligea à faire à Paris un nouveau voyage pour se faire traiter. Il se remit entre les mains du chirurgien qui lui avait appliqué la canule armée un an auparavant. Tourmenté par les inquiétudes et les anxiétés que lui causait son état, M*** vint m'en entretenir ; il avait déjà subi huit ou dix applications, sans amélioration marquée. Afin de mettre son linge à l'abri des taches de l'écoulement, il portait un cordon fixé avec un anneau de gomme élastique ; quand il retira ce dernier, qui comprimait légèrement la verge, plusieurs gouttes de la matière de l'écoulement tombèrent sur le parquet, et firent une tache de la largeur d'une pièce de deux francs. Le malade éprouvait tous les symptômes de la gonorrhée. Il venait moins auprès de moi pour soulagement à ses maux, que pour m'entretenir des craintes que lui inspirait sa situation. Je n'entrepris rien, je ne lui conseillai rien, et quelques jours après j'appris qu'il était parti peu satisfait du traitement qu'il avait subi.

» Au bout de vingt jours, je fus étonné de recevoir la nouvelle de son retour et l'invitation de venir le visiter. Je me rendis près de lui. Il m'apprit qu'après avoir subi quatorze ou quinze applications de la canule armée, sans résultat marqué, il avait été obligé de repartir pour remplir les devoirs de sa place, qui le rappelaient impérieusement. Arrivé chez lui, il avait éprouvé plus de gêne que jamais à uriner. Après avoir assuré son service, il revenait se confier à mes soins ; mais il ne pouvait rester à Paris plus de vingt jours.

» Le lendemain, 23 janvier 1821, je reconnus un rétrécissement à cinq pouces du méat urinaire, et la sonde exploratrice en rapporta l'empreinte. La tige de cire, qui se trouvait à la partie supérieure, se moula dans l'ouverture du rétrécissement ; et envoya une saillie, dans une fausse route, en partie oblitérée, pratiquée par la canule armée. Il y avait deux raisons pour que cela pût arriver ainsi : 1° parce qu'une sonde de gomme élastique armée de caustique à son extrémité, a de la tendance à faire un trou au bas de la courbure de l'urètre ; 2° parce que le caustique dissous se porte à la partie inférieure du canal, et la perfore avant que le rétrécissement soit détruit.

» Je portai jusque sur l'obstacle un conducteur muni d'une forte éminence que je dirigeai en bas de manière à élever l'ouverture du conducteur au-dessus de la fausse route, pour mettre cette ouverture en rapport avec celle du canal. Je parvins sans difficulté à introduire, par ce moyen, une bougie jusque dans la vessie. Je retirai la bougie et le conducteur, et je fis, avec un porte-caustique muni d'une éminence, une application de trois lignes d'étendue que je dirigeai en bas. Je dépensai, dans cette application, près d'un grain de nitrate d'argent. Je faisais, à cette époque, des applications beaucoup plus fortes que maintenant.

» Le jet augmenta sensiblement dès le jour même de l'application ; une partie de l'eschare tomba le 25, et le jet devint fort, arqué, gros comme une plume de corbeau. Le 26, je pris l'empreinte. On voit que la fausse route n'existe plus, et que la tige, représentant l'ouverture du rétrécissement, se trouve de niveau avec le point correspondant à l'extrémité de la fausse route. Cette dernière n'était donc séparée du canal que par un plancher très-mince, puisqu'une seule application suffit pour le détruire. Je fis une nouvelle application.

» Le 28, le jet était presque de grosseur naturelle : je voulus prendre une empreinte ; je poussai trop de cire, et il en resta dans le canal. Je ne fis rien ce jour-là ; la cire fut rejetée.

» Le 29, je fis une troisième application.

» Le 2 février, je passai jusque dans la vessie une sonde n° 5. Le malade la garda pendant une heure.

» Le 3, un dilatateur de trois lignes de diamètre fut introduit, distendu et gardé pendant dix minutes.

» Le 4, je répétai cette opération et remplaçai le dilatateur par une bougie n° 7; je n'avais point, à cette époque, de bougie à ventre.

» Le 5, je mis un dilatateur de trois lignes et demie que je remplaçai par la bougie de la veille. Je recommandai au malade de ne la garder que pendant une ou deux heures; mais il s'endormit avec et la garda depuis neuf heures du soir jusqu'à quatre heures du matin : il la retira alors pour uriner. A sept heures, il ressentit le besoin d'uriner et ne put le satisfaire. Il vint chez moi et je passai, sans mandrin, une sonde de gomme élastique n° 4 jusque dans la vessie. Le malade prit un bain et urina bien le reste de la journée. Ce fait prouve que le séjour trop prolongé d'une bougie produit une irritation et un gonflement inutiles et même nuisibles aux progrès de la cure.

» Le 8, je dilatai de nouveau le canal; je ne mis point de bougie.

» Le 9, je mis un dilatateur de quatre lignes de diamètre que je remplaçai par une sonde n° 9.

» Le 10, même opération.

» Le 11, je mis une sonde n° 10.

» Le 14, le malade quitta Paris avec l'injonction de mettre tous les jours, pendant quinze ou vingt jours, la même sonde qui passait avec facilité sans mandrin.

» Depuis cette époque je n'ai reçu aucune nouvelle de M***, et j'ai la confiance qu'il jouit d'une bonne santé. Sera-t-il guéri radicalement? Beaucoup de parties ont été détruites par les deux traitements qu'il a subis par la canule armée; il en résulta une cicatrice épaisse et dure, qui ne tarda pas, après le premier traitement, à mettre obstacle au cours de l'urine. J'ai détruit cette cicatrice et je l'ai remplacée par une autre, plus large et plus unie; mais je n'ai pu remédier à la destruction des parties opérée par les deux premiers traitements. Je n'avais point, à cette époque, de bougie à ventre; et comme le départ du malade m'a empêché de continuer l'usage du dilatateur assez long-temps pour que la cicatrice se consolidât suffisamment, elle se sera resserrée et n'aura guère conservé qu'un diamètre égal à celui de la sonde. Toutefois, je recommandai au malade de passer cette sonde au moins une fois par mois; et s'il a cette précaution, sa guérison sera durable : s'il la néglige, il aura, je pense, une rechute. » (Ducamp, *Traité des rétentions d'urine*, p. 292.)

Une circonstance bien digne d'attention dans l'étiologie des rétrécissements, c'est le long intervalle qui sépare leur formation de leur cause. Dans le cas suivant cet espace de temps fut de deux ans, et il est souvent beaucoup plus long.

Obs. 2. « *Deux urétrites à trois années de distance. — Guérison complète. — Apparition des premiers signes d'un rétrécissement deux années après. — Traitement après huit années d'existence.*

» Oudin (François), homme de peine, et père d'une nombreuse famille qu'il nourrissait du produit de son travail, fut autrefois affecté de deux urétrites : une première en 1819, légère, et qui, au bout de six semaines, cessa de couler sans qu'on eût fait grand traitement; une seconde en 1822, plus intense, et pour laquelle il consulta un médecin qui employa à la fois les moyens antiphlogistiques et les astringents (injections vineuses).

» Les prescriptions ne furent pas exécutées avec toute l'exactitude nécessaire, et la maladie dura, cette fois, quatre mois. Au bout de ce temps, l'écoulement, qui était d'une abondance extrême, diminua insensiblement jusqu'au moment où il ne resta plus que quelques gouttes de mucus, qui furent expulsées avec les urines le matin au réveil; encore cet état dura-t-il peu de temps, et le malade fut bientôt débarrassé entièrement.

» Les fonctions urinaires se faisaient normalement, le malade se croyait dans la plus parfaite santé et à l'abri des suites de sa maladie, lorsqu'en 1824 il s'aperçut que le jet de l'urine, primitivement gros et rapide, devenait et plus lent et plus petit. Cet inconvénient lui parut léger, et il en était quitte pour rester quelque temps de plus à vider la vessie. Mais plus tard cependant, le voyant di-

minuer encore, il demanda des conseils à plusieurs médecins, dont les uns, peu versés dans la pratique des affections des voies urinaires, méconnurent sa maladie ; dont les autres ordonnèrent des remèdes insignifiants, et qui ne s'opposèrent en rien à la marche du mal. Enfin il s'adressa à M. le docteur Duval, médecin de la maison dans laquelle il travaillait ; et c'est par lui qu'il fut adressé à M. Leroy-d'Étiolles, le 11 juin 1840.

» Voici l'état dans lequel nous avons trouvé ce malade :

» Il est fort, robuste, d'une santé générale qu'il considérerait comme parfaite, s'il n'était sujet souvent à une constipation opiniâtre. L'urine passe librement par le canal, mais par jet tout à fait ténu (de la grosseur d'une broche à tricoter) ; l'éjection des dernières gouttes est difficile et n'a plus lieu par saccade comme avant ; et même on peut dire que, si la vessie se vide complétement, l'urètre n'est point de même ; quelques gouttes échappent à la constriction du canal, restent en arrière du rétrécissement, tombent plus tard abandonnées à leur propre poids, et viennent mouiller la chemise. Les émissions sont peu fréquentes, peu ou point douloureuses ; l'urine est habituellement claire et limpide sans dépôt ultérieur au fond du vase. Une sonde à boule est portée dans le canal, et, malgré la petitesse de la boule, elle ne peut passer au delà de la portion bulbeuse. On lui substitue une bougie capillaire ; celle-ci chemine aisément à travers le bulbe et arrive jusqu'à la portion membraneuse. Là elle est arrêtée comme la précédente ; mais, après quelques tâtonnements, on réussit à lui faire franchir l'obstacle et à la porter dans la vessie.

» L'introduction n'avait pas causé la moindre douleur, et pourtant l'ébranlement nerveux fut si vif, que le malade, au bout de cinq minutes, pâlit et perdit connaissance. La sonde fut retirée aussitôt, et quelques gouttes d'eau, projetées sur le visage, suffirent pour faire passer cet état syncopal.

» *Deuxième séance.* — Le surlendemain le malade ne s'est nullement ressenti du trouble passager qu'il a éprouvé. Aucune amélioration sensible n'a eu lieu dans l'émission de l'urine. La petite bougie, introduite à la séance précédente, est portée dans le canal et pénètre aisément. Après cinq minutes on la retire ; une bougie d'un calibre plus volumineux est introduite à sa place, elle arrive dans la vessie, quoiqu'elle soit un peu serrée par le rétrécissement. Maintenue en place pendant quinze minutes, on en introduit une nouvelle : c'est une bougie conique, assez mince, qui s'engage bien dans le rétrécissement, mais ne peut arriver jusqu'à la vessie à cause de son calibre qui n'est pas en rapport avec le détroit. Elle est maintenue en place cependant. Après dix minutes, on peut la faire avancer davantage ; après dix autres minutes, elle est presque entièrement introduite. Au bout de cinquante-cinq minutes elle a pénétré, et déjà le rétrécissement a pu se dilater d'*une ligne et demie* ; mais, en revanche, le malade éprouve de petits picotements à la racine de la verge, dans le point précisément correspondant au rétrécissement. Ajourné à l'autre séance.

» *Troisième séance.* — Les picotements à la racine de la verge n'ont pas duré ; le jet de l'urine a augmenté de grosseur ; la chemise n'est déjà plus tachée ni humectée par l'urine ; aucune trace d'inflammation du canal.

» La bougie qui avait été introduite en second lieu, à la séance précédente, est introduite facilement, puis la sonde conique de l'avant-veille ; elle pénètre avec la même facilité. On la remplace ce jour-là même par une bougie conique ayant deux lignes dans l'endroit qui devait correspondre au rétrécissement, et elle arrive successivement sans le moindre inconvénient.

» *Quatrième séance.* Amélioration croissante ; dilatation temporaire. Comme précédemment, mêmes bénéfices. On confie au malade des bougies qu'il devra s'introduire lui-même, une fois rendu chez lui.

» *Cinquième séance.* Le malade a bien introduit ses sondes ; mais, quoiqu'il n'ait point irrité le canal, la dilatation ne peut plus être faite avec rapidité, elle reste stationnaire. L'état du malade est beaucoup meilleur.

» On resta pendant huit jours à peu près sans faire de progrès bien sensibles, parce que le malade n'observait pas exactement la succession des bougies; la dilatation bien graduelle fut reprise; le rétrécissement se dilata de nouveau, et on arriva rapidement jusqu'à deux lignes et demie et trois lignes. Dès lors le malade se trouva beaucoup mieux; l'émission de l'urine se faisait avec facilité. Comme, pour venir de Puteaux à Notre-Dame, il était obligé de perdre beaucoup de temps, M. Leroy lui confia des sondes, dont il se servit, et il revint après douze jours.

» Le canal reprit bientôt toute sa liberté primitive. Des sondes de gros calibre furent introduites, maintenues pendant quelque temps; puis enfin, après six semaines de traitement, le malade vint remercier le chirurgien des soins qu'il avait reçus. On pouvait introduire dans le canal des sondes du plus gros numéro. » (Leroy-d'Étiolles, *Sur les rétrécissements de l'urètre*, p. 219.)

En poursuivant l'étude des causes qui agissent en dedans de l'urètre, nous citerons l'introduction intempestive et maladroite des bougies. Cette influence, mise en avant par MM. Civiale et Leroy-d'Étiolles, ne nous paraît admissible que lorsqu'il y a déjà un rétrécissement.

Voici comment s'exprime à cet égard M. Civiale :

» J'ai souvent vu une simple bougie qui dilatait péniblement le méat urinaire déterminer, au bout de deux ou trois introductions, une constriction si forte et si douloureuse de cet orifice, qu'ensuite elle ne pouvait plus passer, que tout le canal devenait douloureux, que la verge, surtout au gland, acquérait une sensibilité extrême au toucher, et que même la santé générale s'en ressentait. Pour mettre fin à tous ces accidents, il me suffisait de brider le méat urinaire; après quoi la bougie, ou même une plus grosse, entrait aisément, le malaise cessait, l'urètre recouvrait sa souplesse, et le traitement marchait ensuite avec régularité. Entre autres malades je citerai un prince russe, chez lequel on avait trouvé la pierre, à Dresde, et qui était venu à Paris pour la faire détruire. En le soumettant au traitement préparatoire je trouvai l'urètre, près du gland, roide et douloureux; cependant la bougie n° 9 passait; celle du n° 10 entrait assez facilement; mais, à la troisième introduction, je remarquai une douleur plus forte, qui s'accrut encore les jours suivants; le malade souffrait assez pour redouter une opération qu'il avait jusqu'alors supportée avec courage et résignation. Je pris le parti de débrider le méat urinaire; dès lors l'urètre reçut les plus grosses bougies sans douleurs et redevint souple comme auparavant. Évidemment, dans ce cas comme dans une foule d'autres analogues, la bougie n° 10 avait déterminé une réaction qui augmentait par degrés et dont les suites eussent pu être fâcheuses. Le même effet se produit à la partie mobile de la verge. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, p. 190.)

On conçoit alors que cette irritation, s'ajoutant à celle qui préexiste, augmente le rétrécissement, ou en fasse naître un nouveau à côté du premier; mais est-il possible que l'introduction, si inhabile que vous la supposiez, d'une bougie dans un urètre sain y détermine un rétrécissement?

Il n'en est plus ainsi des fausses routes qui labourent la face interne et les parois du canal, elles sont suivies de cicatrices qui peuvent occasionner des rétrécissements; encore est-ce là un effet rare.

« Les cautérisations, les scarifications ont encore des résultats plus graves que les sondes et les bougies, et cela se conçoit aisément. Avec les sondes et bougies il faut s'y prendre mal et agir en dehors de toute pratique rationnelle pour déterminer des accidents; mais il est de l'essence du caustique et de l'instrument tranchant d'attaquer directement la surface de l'urètre. Je me borne à signaler ici ce point important de pratique, sur lequel je reviendrai. » (Civiale, *lieu cité*, p. 191.)

La distension brusque et forcée du canal par le passage d'un calcul, d'un fragment de pierre ou d'un instrument quelconque amène aussi des rétrécisse-

ments, bien que ce soit moins commun que par la déchirure de l'urètre.

Une autre série de causes se rapportent à la rupture intérieure de l'urètre, celles, par exemple, qui se produisent par une impression violente sur la verge dans la chaudepisse cordée, ou par la tension de l'organe en érection, ainsi que cela est arrivé à un soldat dans une tentative de viol. Ce sont là de véritables rétrécissements traumatiques, dont les plus fréquents s'établissent après les contusions, les plaies contuses avec ou sans perte de substance du canal de l'urètre. Nous en avons cité plusieurs exemples à l'occasion des plaies de ce canal.

Nous avons vu que c'était quelquefois long-temps, bien des années après la blennorrhagie, que des rétrécissements venaient à se déclarer ; eh bien ! ce n'est pas là seulement que l'action lente et tardive des causes du rétrécissement se fait sentir. Il en est de même de certains rétrécissements d'origine traumatique. De ce qu'après la blessure un traitement méthodique a conservé au canal ses dimensions normales, ce n'est pas une raison qui garantisse l'avenir. La rétractilité de la cicatrice, long-temps inactive, peut à la fin, sous des influences mal connues, se manifester, comme dans cet exemple très-remarquable que nous empruntons à M. Leroy-d'Étiolles :

Obs. 3. « Quelquefois la contusion du périnée et de l'urètre ne produit un trouble dans l'émission de l'urine que très-long-temps après, ainsi que récemment un sous-préfet, médecin, fils et frère de médecin, m'en a offert un exemple. A l'âge de dix ans, étant au collége à Évreux, et jouant au cheval fondu, jeu qui consiste à sauter, en s'élançant de très-loin, sur le dos de plusieurs condisciples placés à la file (en anglais leap-frog), notre écolier éprouva au périnée une violente contusion qui donna lieu immédiatement à un écoulement de sang par l'urètre. Le médecin qui fut appelé mit fin à ces accidents au moyen de bains et de cataplasmes : mais, après la guérison, il dit ces paroles à son jeune malade : « Mon petit ami, dans trente ans vous ressentirez peut-être l'effet de l'accident que vous venez d'éprouver. » Le pronostic s'est réalisé, car, il y a huit mois le jet diminua, la difficulté augmenta graduellement, et, au printemps dernier, une rétention d'urine complète survint. Des tentatives de cathétérisme furent pratiquées avec une extrême précaution et une prudence que rendait encore plus grande l'affection fraternelle ; elles demeurèrent sans résultat. Un exprès me fut dépêché ; mais la distance à parcourir, le temps écoulé déjà, firent que la rétention durait depuis trente heures lorsque j'arrivai près du patient. Je parvins à passer une bougie tortillée à travers un rétrécissement sinueux et fongueux ; elle fut suivie d'une petite sonde d'un millimètre et demi (trois quarts de ligne), avec laquelle la vessie put être vidée. La dilatation permanente coup sur coup, une scarification et la dilatation temporaire complétèrent la guérison. » (Leroy-d'Étiolles, *Sur les rétrécissements de l'urètre.*)

Il n'en est pas moins vrai que, dans l'immense majorité de ces cas, un rétrécissement, surtout de nature traumatique, suit de plus près sa cause ; c'est même là, avec la difficulté de leur guérison, un des caractères principaux des coarctations qui succèdent à des violences extérieures.

Les plaies simples, les plaies par instrument tranchant, se réunissant par une cicatrice imperceptible, ou bien moins considérable que les plaies contuses, ne sont qu'à un bien moindre degré sujettes à produire l'accident.

Après les tailles périnéales, les rétrécissements peuvent survenir, ainsi que l'ont observé MM. Civiale et Leroy-d'Étiolles, mais c'est l'exception.

Tout ce qui amène la formation d'une cicatrice dans les parois du canal peut être suivi de ce résultat, comme les abcès et la gangrène. Nous avons vu, avec M. Leroy-d'Étiolles, dans le service de Sanson, un jeune homme dont la paroi inférieure de l'urètre avait été détruite par la suppuration, et dont le canal s'étirait dès qu'on avait enlevé la sonde destinée à le maintenir béant et à livrer passage aux urines.

Quant à l'influence des dartres, du

rhumatisme, etc., elle est très-contestable.

« Les coarctations se forment quelquefois dans l'urètre d'hommes qui n'ont jamais eu de commerce avec l'autre sexe, qui n'ont point eu de blennorrhagie, qui n'ont été soumis à aucune violence accidentelle de l'urètre, à aucune cause d'inflammation. Ces cas sont rares, à la vérité; pour ma part, je n'en ai guère observé qu'une quinzaine : je ne fais entrer en ligne de compte que les malades dans le dire desquels je pouvais avoir confiance; car autrement il s'en trouve beaucoup qui ont eu des écoulements et le nient avec opiniâtreté, tout en ajoutant qu'ils n'ont point de motifs pour le cacher. » (Leroy-d'Étiolles, *lieu cité*, p. 75.)

Cette prédisposition, M. Leroy-d'Étiolles la trouverait pour quelques cas dans cette circonstance :

« Les personnes qui, enfants, ont pissé au lit chaque nuit pendant plusieurs années; qui, dans leur adolescence, urinaient plus souvent, plus lentement, par un plus petit jet que les autres jeunes gens de leur âge; dont la constitution est ou a été lymphatique, scrofuleuse; ces personnes sont plus exposées aux rétrécissements, non-seulement après la blennorrhagie, mais encore sous l'influence de causes qui chez d'autres n'en produiraient pas. De plus, les coarctations prennent chez ces personnes des caractères singuliers et graves; il s'y joint ordinairement quelques phénomènes particuliers : un état fongueux du col de la vessie qui saigne facilement, la coarctation spasmodique de l'orifice de la portion membraneuse. Entre autres exemples que j'ai observés, je citerai les suivants :

Obs. 4. « M. Cap..., trente et un ans : incontinence nocturne sans rêves jusqu'à dix-sept ans, besoins fréquents d'uriner, jet petit et lent. Son frère a eu la même infirmité. Première gonorrhée à dix-huit ans. Plusieurs ensuite à Rome, à Mahon. En 1837, à l'âge de vingt-six ans, rétention d'urine subite, qui dure six heures, sans cause apparente. Le jet reprend le même volume qu'auparavant. Envies plus fréquentes le jour seulement. En 1838 et 1839, nouvelles rétentions d'urine qui durent sept à huit heures et cèdent aux sangsues et aux bains. Plusieurs tentatives inutiles de cathétérisme sont faites à Valence (Drôme), à Grasse, à Padoue. Alternatives dans le volume et la force du jet.

» Le 25 février 1841, M. C..., étant aux bains de la rue du Mail, est pris d'une rétention d'urine complète; il prolonge son bain sans succès. Un médecin du quartier essaie d'introduire des sondes sans pouvoir y parvenir. J'opérais alors par la lithotritie un calculeux logé dans l'hôtel où sont les bains; on me fait part de la fâcheuse position de M. C...; je me rends auprès de lui, je le trouve étendu sur un lit de sangles, en proie à de vives douleurs. Une petite sonde sans mandrin est arrêtée à six pouces, vers le milieu de la région membraneuse, un peu au delà du siége ordinaire des rétrécissements. L'obstacle paraît mou et fongueux; il saigne par suite des tentatives qui viennent d'être faites. Une bougie fine refuse le passage, je tortille sa pointe en spirale irrégulière et elle pénètre sans résistance, après cinq minutes de séjour, elle est libre et peut aller et venir facilement; je la remplace par une sonde de deux millimètres à courbure fixe, sans mandrin; elle passe d'emblée et vide la vessie. Après un séjour de vingt-quatre heures, j'introduis trois millimètres, le soir quatre; le troisième jour cinq, puis six millimètres; le quatrième jour sept millimètres (trois lignes et demie), qui séjournent vingt-quatre heures. Le lendemain de la cessation de la dilatation, rétention d'urine pendant deux heures. Le rétrécissement s'était resserré depuis la veille au point de n'admettre que trois millimètres; après un quart d'heure de séjour il admet quatre, puis cinq, puis six au bout d'une heure. Le lendemain, même manœuvre, si ce n'est que je puis commencer par cinq millimètres et aller jusqu'à sept; de même le surlendemain. Alors le jet est plein et plus fort qu'il n'a jamais été. M. C. part inopinément pour l'Italie, où l'appelaient des affaires de commerce, et je ne l'ai plus revu. »

Obs. 5. « M. R..., Italien, quarante et un ans, constitution débile: enfance maladive, incontinence d'urine nocturne. Première

gonorrhée contractée en Espagne en 1823, à l'âge de vingt ans; d'autres en 1824 et 1825 : injections. En 1827, diminution du jet. En 1828, étant à Londres, rétention d'urine complète. M. Lawrence passe une bougie, puis il place des sondes à demeure jusqu'aux plus grosses, dit le malade ; après ce traitement, jet médiocre. État stationnaire jusqu'en 1841. A cette époque, rétention d'urine subite qui dure plusieurs heures. Reproduction du même accident en 1842; M. R... consulte M. Mojon, qui le presse de se faire soigner; puis M. Marx, qui reconnaît avec la bougie un rétrécissement très-fort. Le 3 mai, il vient me consulter, amené par M. Blanche fils. Je constate un rétrécissement à cinq pouces et demi dans la région membraneuse : je suis obligé pour le franchir d'employer une bougie tortillée en spirale irrégulière. Le lendemain, même bougie, suivie après un quart d'heure d'une autre plus forte, deux millimètres. Je reconnais un état fongueux du col de la vessie. Nous arrivons ainsi, par la dilatation temporaire, faite une demi-heure à une heure chaque jour, jusqu'à quatre millimètres. Mais ensuite nous sommes arrêté à ce point pendant trois semaines, et nous ne pouvons le franchir. Sondes à demeure du 10 au 13 juin. Augmentation du calibre jusqu'à six millimètres. Le troisième jour, besoins fréquents d'uriner, urines sanguinolentes, syncopes; repos deux jours. Reprise; retour des accidents le second jour, fièvre, douleur sciatique violente, extraction de la sonde. Sangsues, repos.

» Le 23 juin, reprise de la dilatation temporaire :le contact de la bougie sur le col de la vessie amène un sang noir sanieux, le rétrécissement admet six millimètres, mais le col ne permet le passage que de cinq millimètres. La miction se faisant du reste avec facilité, nous en demeurons là. M. R... passe lui-même ces bougies de temps à autre, pour entretenir la liberté du canal.

» Dans ces deux cas, de même que dans la plupart des rétrécissements qui surviennent à des sujets qui ont éprouvé dès l'enfance des troubles dans la fonction urinaire, on remarque un état fongueux du col de la vessie, des rétrécissements également mous et fongueux, des rétentions d'urine subite, des déviations de l'urètre, ou du moins des sinuosités produites par des fongosités, lesquelles ne peuvent être franchies d'abord que par des bougies tortillées ou de petites sondes en gomme sans mandrin, à courbe courte et brusque, sur l'usage desquelles j'aurai l'occasion de revenir. » (Leroy-d'Étiolles, *Sur les rétrécissements de l'urètre*, p. 78.)

Ces troubles antérieurs de l'excrétion urinaire prédisposant aux rétrécissements, ne sont point encore à nos yeux une chose prouvée. Cette corrélation nous semble trop exceptionnelle pour être autre chose qu'un effet du hasard. L'incontinence d'urine pendant les premières années est si rare, eu égard aux rétrécissements, que les observations sont encore insuffisantes pour montrer un rapport étiologique. Maintenant, du reste, que M. Leroy a appelé l'attention sur ce point, nous verrons si ses premières idées se confirment. C'est au temps, à des faits nombreux et bien sûrs à prononcer sur une question de cette nature. Elle est facile à résoudre, puisqu'il s'agit d'une simple statistique roulant sur deux éléments qui ne peuvent pas offrir d'équivoque. Mais, nous croyons qu'en général ce serait une tâche bien délicate que celle qui consisterait à rechercher et à découvrir pourquoi les mêmes influences atteignent les uns et restent sans prise sur les autres.

Une cause qui semble tenir aux violences exercées sur l'urètre, et se mêler aussi sans doute à une certaine prédisposition, c'est la masturbation, dont les effets ont été si remarquables dans le fait qu'on va lire :

Obs. 6. « *Masturbation : urétrite, orchite. — Rétrécissement très-difficile à dilater. — Péritonite intense, pleurésie double. — Mort.*

» François Cellard, de Saint-Apollinaire, département de la Loire, âgé de vingt-sept ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, a été évacué d'Afrique sur l'hôpital de Montpellier, où il est entré le 14 juin 1843.

» Il y a trois ans, à la suite d'excès de

masturbation, il fut atteint d'un écoulement considérable ; dès lors il cessa complétement ses déplorables manœuvres, mais l'écoulement persista, et depuis lors il n'a jamais disparu. Dans le principe, le malade rendait même du sang ; plus tard, à la moindre fatigue, l'écoulement s'arrêtait et le testicule s'enflammait. Depuis cette époque, Cellard a toujours eu des alternatives d'urétrite et d'orchite, jusqu'à ce qu'enfin les marches forcées et les fatigues de l'Afrique eurent aggravé le rétrécissement pour lequel il est venu.

» Dès son arrivée, ce malade fut sondé ; la dilatation du canal a pu être obtenue en quelques jours par l'introduction de sondes de plus en plus volumineuses ; mais une orchite très-intense nécessita des applications de sangsues, des cataplasmes, des bains, etc.

» Depuis cette époque, on a tenté, à plusieurs reprises, de revenir à la dilatation ; mais chaque fois l'orchite a reparu, grave et difficile à dissiper. A la dernière rechute (4 juillet), il se déclara même quelques symptômes de gastro-entérite ; tout essai de cathétérisme fut alors suspendu.

» M. Lallemand se proposait, depuis l'apparition de ces accidents, d'abandonner la dilatation et de traiter le rétrécissement par l'incision ; mais le 8, le malade éprouva de la douleur à l'hypogastre. Dès ce moment, tous les symptômes d'une péritonite éclatèrent : hoquet, vomissements, ventre très-douloureux (10 centigr. de calomel toutes les deux heures, tisane d'orge, potion avec thridace 60 centigr., sirop diacode 30 grammes, eau de laitue 120 grammes).

» Le 13. L'inflammation paraît s'étendre en montant ; le malade se plaint de la poitrine, surtout du côté gauche (même médication, deux sinapismes sur les parties latérales du thorax).

» Le 15, le calomel, toujours continué, provoque quelques selles ; il amène l'irritation sur la muqueuse buccale ; cependant il n'a pas encore déterminé de salivation (deux larges vésicatoires à la partie interne des bras). Mais la maladie, qui avait paru un moment enrayée, continue ses progrès, et le malade expire le 16 juillet, neuf jours après l'invasion de l'inflammation séreuse.

» Autopsie :

» *Poitrine*. Épanchement purulent dans les cavités pleurales, plus abondant du côté droit que du côté gauche ; pseudo-membranes tapissant plusieurs points de la plèvre costale, et surtout de la plèvre pulmonaire ; hépatisation rouge du poumon, beaucoup plus étendue à gauche qu'à droite ; le reste de l'organe est crépitant. Membrane muqueuse des bronches rouge violacé, uniformément injectée, mucosités abondantes dans les grosses bronches.

» Le péricarde contient une sérosité rougeâtre assez abondante ; dans sa portion diaphragmatique, il présente une injection très-marquée.

» *Abdomen*. Épanchement séro-purulent très-abondant dans tous les points de la cavité abdominale ; fausses membranes tapissant la surface du péritoine, surtout vers l'estomac, le foie, la rate et tous les points qui se rapprochent du diaphragme.

» *Rate* volumineuse, ramollie, diffluente.

» *Foie* très-facilement isolé de sa capsule ; granulations prononcées ; tissu ramolli ; bile abondante dans la vésicule.

» *Tube gastro-intestinal*. Injection de l'estomac ; du côté de la petite courbure, quelques taches noires avec ulcération. Altérations semblables à l'origine du duodénum.

» *Gros intestin*. Injection très-prononcée des valvules ; le doigt promené sur leur surface muqueuse perçoit la sensation d'une foule de petites éminences ou aspérités très-rapprochées, qui donnent à cette membrane quelque chose de raboteux. Rien de semblable dans l'intervalle des replis.

» *Organes génito-urinaires*. Au-devant de la portion prostatique de l'urètre, rétrécissement d'un blanc-rosé, dur, criant sous le scalpel. Excoriation de la membrane muqueuse à l'intérieur du rétrécissement ; altération semblable de l'orifice des canaux éjaculateurs. Dans ces deux points, la muqueuse est entamée, détruite dans une petite étendue,

comme cela s'observe dans les ulcérations commençantes. Aucune autre trace d'inflammation dans le reste du canal, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur ; rien au périnée, dans la vessie, dans le tissu cellulaire du bassin, etc.

» La cause de ce rétrécissement est surtout remarquable : ce malade n'avait jamais connu de femme, ainsi l'écoulement chez lui ne peut être attribué qu'à la violence de la masturbation. Interrogé fréquemment sur l'origine de sa maladie, il n'a jamais varié dans ses réponses ; on peut ajouter foi à son récit, car il doit lui avoir été plus pénible d'avouer un vice honteux que d'accuser toute autre cause.

» Il faut que ces brutales manœuvres aient été portées bien loin pour déterminer une inflammation aussi violente ; car elles ont provoqué non-seulement des écoulements et des orchites répétés, mais encore un rétrécissement au-devant de la portion prostatique de l'urètre.

» L'excoriation de la muqueuse à l'endroit de l'obstacle et au niveau de l'orifice des canaux éjaculateurs, explique la sensibilité extraordinaire du canal, et la vive douleur que réveillait chaque fois la présence de la sonde ; elle rend aussi parfaitement compte de cette transmission si facile de l'inflammation jusqu'aux testicules, non pas, comme on l'a dit, par sympathie, mais de proche en proche par continuité de tissus.

» Ces inflammations répétées des organes spermatiques ont dû être suivies de pollutions diurnes, qui, ajoutées aux effets de la masturbation, ont amené la détérioration de l'économie et favorisé l'explosion de la péritonite et de la double pleuro-pneumonie, dont il a été impossible d'arrêter les progrès, en raison même du peu de ressources que présentait cette constitution détériorée. » (Lallemand, *Clinique médico-chirurgicale*, 1re part., p. 109.)

Faut-il admettre que la masturbation ait exercé et provoqué une sorte d'inflammation chronique dans l'urètre, ou que de véritables ruptures auront été produites dans le canal par cet attouchement auquel les malades s'abandonnent avec une véritable rage ? Peut-être n'est-il pas impossible qu'il se soit introduit dans l'urètre des corps étrangers qui en auraient blessé les parois. Ce sont là de ces détails que le médecin ne sait pas toujours et que la honte empêche souvent d'avouer. Quoi qu'il en soit, c'était là un fait trop intéressant pour ne pas trouver place ici.

Caractères anatomiques des rétrécissements organiques de l'urètre. L'anatomie pathologique des rétrécissements de l'urètre est un des points les plus controversés de leur histoire. Leur nature, leur classification, leur siége, tout est presque un sujet de divergence parmi les auteurs ; encore s'ils se trouvaient d'accord sur les moyens de traitement ! Nous allons tâcher d'exposer l'état de la science en tenant compte de toutes les opinions et de tous les faits.

Desault admettait trois sortes de rétrécissements ; les uns en dehors de l'urètre, les autres en dedans, sur la surface de la muqueuse ; enfin les autres dans l'épaisseur des parois du canal.

Pour Charles Bell, il n'y en a que deux classes : ceux qui sont dilatables et ceux qui ne le sont pas.

La plupart des chirurgiens anglais partagent les rétrécissements en spasmodiques, permanents et mixtes.

Aux yeux de M. Cruveilhier, il n'y en a que deux espèces : les uns superficiels et bornés à la muqueuse, les autres profonds et de nature fibreuse.

Béclard rangeait les rétrécissements en deux ordres : les rétrécissements inflammatoires et les rétrécissements organiques, les derniers se composant de brides, de callosités, d'indurations sous-muqueuses, d'ulcérations, de carnosités ou végétations, et de varices.

M. Lallemand divise les rétrécissements en spasmodiques, inflammatoires et organiques.

M. Civiale, qui n'a donné le nom de rétrécissements qu'à ceux que les auteurs appellent organiques, en distingue quatre espèces : 1° les brides ; 2° les excroissances, carnosités, fongosités et végétations ; 3° les adhérences entre deux points de la surface interne de l'urètre ; 4° enfin l'épaississement et l'induration des parois vésicales.

Voici la nomenclature de M. Leroy-d'Étiolles, on verra que ce chirurgien regarde, ainsi que d'ailleurs il le dit, l'inflammation comme une lésion organique. En prenant le mot à la lettre, il a raison; mais, dans les nomenclatures pathologiques, on sait quelle restriction on apporte à la signification générale de cette expression :

Rétrécissements organiques (Leroy-d'Étiolles).

1° Inflammatoires;
2° Fongueux;
3° Valvulaires ou rutidiques, comprenant les plis, valvules, brides et rugosités;
4° Fibreux, répondant aux callosités;
5° Turgescents et érectiles;
6° Ulcères;
7° Végétations, répondant aux carnosités;
8° Variqueux;
9° Cartilagineux.

Comme nous ne nous occupons ici que des rétrécissements *organiques* dans le sens que l'immense majorité des auteurs attribue à ce mot, nous allons élaguer la forme inflammatoire et rapporter les autres espèces à six chefs principaux.

a. Rétrécissements valvulaires.
b. Rétrécissements fibreux.
c. Rétrécissements cartilagineux.
d. Rétrécissements coalescents.
e. Rétrécissements végétants.
f. Rétrécissements variqueux.

a. *Rétrécissements valvulaires.* M. Civiale ayant bien traité ce point, nous lui empruntons sa description.

« Un assez grand nombre d'ouvertures de cadavres ont constaté l'existence de brides dans diverses parties de l'urètre. Charles Bell a donné une planche qui représente plusieurs de ces rétrécissements linéaires trouvés sur un même sujet. Chaque jour aussi les bougies molles, dont on se sert pour dilater le canal, reviennent étranglées, comme si elles avaient été serrées par une ligature, même par un fil très-fin.

» Ces brides qu'on a désignées aussi sous le nom de *rétrécissements valvulaires*, ou de *valvules*, ont été attribuées par Goulard, à une duplicature de la membrane muqueuse; par Morgagni, à des érosions de l'urètre, ou à de légères excroissances formant des saillies linéaires; par Laennec, Ducamp et quelques autres, à une exsudation plastique ou à la formation de fausses membranes.

» Lorsque le rétrécissement tient à un repli transversal de la membrane muqueuse, ce repli est peu sensible après la mort; pour l'apercevoir, il faut l'examiner avant de diviser la partie correspondante de l'urètre. Après quoi on exerce latéralement une traction en sens inverse sur les deux bouts du canal, préalablement fendu dans le sens de sa longueur, au-devant et en arrière du point malade; dès qu'on vient à diviser ce dernier lui-même, la bride diminue notablement, et parfois cesse de faire saillie dans la tranche.

» J'ai rencontré deux cas de ce genre, dans lesquels ce qui m'a le plus frappé, c'est que la partie du canal qui était le siége des brides ne différait pas des autres points de l'urètre sous le rapport de la coloration. Il n'y avait qu'un simple soulèvement semi-lunaire ou en forme de croissant, de la membrane muqueuse, dont les deux feuillets se trouvaient adossés par leur face externe. Les brides avaient peu d'épaisseur, et leur bord libre était très-uni; par leur base, elles se confondaient avec le reste de la membrane muqueuse, sans ligne de démarcation appréciable, sans nul vestige de lésion quelconque, en particulier d'ulcération. J'ai donc pu me convaincre par là que, malgré l'opinion contraire émise par quelques auteurs modernes, des replis membraneux constituant de véritables brides, peuvent très-bien se former sans qu'il y ait eu auparavant aucune solution de continuité, sans qu'on soit obligé de les considérer comme le résultat de cicatrices. L'erreur des écrivains qui ont soutenu le contraire me paraît dépendre de ce qu'on a confondu le point rétréci avec celui qui se trouve placé derrière; or, alors, comme je le dirai bientôt, les altérations sont nombreuses et variées, quelque lieu qu'occupe le rétrécissement.

» L'étendue, l'épaisseur, la consistance et la direction des brides urétrales sont

extrêmement sujettes à varier ; on ne saurait rien établir de constant à cet égard. Tout ce qu'on a pu dire ne repose pas sur une série suffisante d'observations ; car des faits contraires, et en nombre au moins égal, témoignent qu'on s'est trop empressé de généraliser des cas particuliers. Ce qu'il est permis d'établir, en se fondant sur les données fournies par les empreintes, plutôt que sur les autopsies, qui sont encore trop peu nombreuses, c'est que les brides siégent à la partie mobile de l'urètre, principalement à la portion du canal située au-dessous de la symphyse pubienne, qu'elles en occupent rarement toute la circonférence, qu'elles semblent affectionner de préférence la face inférieure, que leur direction est presque toujours transversale, bien qu'on en ait vu d'obliques et même de longitudinales, qu'il peut y en avoir plusieurs au-devant les unes des autres, mais que, dans la majorité des cas, il ne s'en trouve qu'une seule, et que leur épaisseur et leur consistance semblent varier surtout en raison de l'ancienneté et du développement de la maladie. Il paraît, en effet, que ces sortes de replis ne restent pas stationnaires ; soit qu'il se forme un dépôt de matière coagulable entre les deux feuillets, soit que le tissu cellulaire sous-muqueux s'hypertrophie, la coarctation acquiert de l'étendue et de la consistance, comme le fait présumer l'accroissement incessant des difficultés d'uriner, et comme les ouvertures du corps semblent l'établir.

» Voici ce que l'autopsie m'a appris chez un homme de cinquante-deux ans, mort vingt-quatre heures après un épanchement d'urine dans les bourses, au périnée et au-dessus du pubis. Un rétrécissement organique existait à cinq pouces du méat urinaire, vers la réunion des portions spongieuse et membraneuse de l'urètre : de nombreuses lacunes, de profondeurs diverses, mais ayant toutes leur orifice dirigé vers la partie antérieure du canal, se faisaient remarquer derrière le point rétréci, où l'on trouva un petit calcul piriforme et très-dur. Le point rétréci lui-même se présentait sous l'aspect d'une sorte d'étranglement circulaire, un peu brusque, mais paraissant formé par une diminution progressive dans le diamètre du canal, de sorte que l'urètre, examiné en cet endroit, semblait résulter de deux cônes adossés par leur sommet, qui était aplati et avait environ une ligne et demie de diamètre. On n'apercevait d'ailleurs aucun changement de texture, ni de couleur ; dans une des lacunes de la partie droite, on découvrit une crevasse et un abcès urineux.

» Chez un autre malade, mort en 1839 à l'hôpital Necker, j'ai trouvé derrière la fosse naviculaire une bride oblique de haut en bas et d'avant en arrière. Dès qu'on eut ouvert l'urètre par son côté supérieur, les deux bords de la section étant écartés, la bride fit une saillie représentant un V. On avait déjà commencé à traiter le rétrécissement lorsque le sujet succomba par suite d'autres maladies et de l'épuisement sénile. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 1re part., p. 97.)

Suivant M. Leroy-d'Étiolles, « ces replis valvulaires n'ont pas toujours leur base ou point fixe sur la même paroi de l'urètre. Au méat urinaire, ils naissent pour l'ordinaire de l'angle inférieur, du côté du frein, et ressemblent à la membrane hymen ; à un pouce, celui que nous avons dit exister parfois sur la lèvre profonde de la fosse naviculaire adhère plus souvent à la paroi supérieure ; au commencement de la portion prostatique, c'est au contraire en haut que se trouve le bord libre. Enfin, les replis valvulaires de l'orifice de la région membraneuse existent tantôt en haut, tantôt en bas, suivant la cause qui les a produits. Déjà nous avons indiqué, et nous dirons plus au long tout à l'heure, que, dans la contracture spasmodique des muscles qui enveloppent cet orifice, il se forme parfois en haut un pli transversal ; la résistance fréquemment répétée qu'oppose ce pli au passage de l'urine, l'irritation que lui fait éprouver cette lutte amènent son développement et le transforment en un rétrécissement valvulaire. Les valvules congénitales de la même région adhèrent aussi à la face supérieure ; mais il n'en est pas de même pour les brides et les

cicatrices auxquelles donne lieu la blennorrhagie : celles-là prennent ordinairement naissance sur la paroi inférieure de l'urètre. Ces brides ont beaucoup de tendance à passer à l'état fibreux. » (Leroy-d'Étiolles, *Sur les rétrécissements de l'urètre*, p. 28.)

M. Bermond cite le cas très-curieux d'un homme chez lequel on trouva, à la suite d'une infiltration d'urine qui causa la mort, le méat urinaire fermé par une espèce de parenchyme membraneux, percé de petits trous. La portion membraneuse s'était rompue, les orifices des conduits éjaculateurs offraient une dilatation telle qu'on y introduisait sans difficulté un cathéter ordinaire.

M. Budd a rencontré une remarquable variété de valvules de l'urètre. C'était sur un marin de seize ans, qui mourut peu de temps après son entrée à l'hôpital dans un état complet d'insensibilité. Les reins étaient convertis en une poche qui aurait contenu une pinte de liquide, et les uretères très-dilatés, excepté à leur embouchure dans la vessie. Mais voici l'altération qui nous intéresse en ce moment : l'urètre offrait, fixé à sa partie supérieure, une sorte de repli membraneux, analogue aux valvules des veines; sans mettre obstacle à l'introduction du cathéter ni au passage d'une injection, ce repli devait s'opposer, pendant la vie, à la sortie de l'urine. Au-devant de lui le canal était tout à fait sain. En considérant l'âge du sujet, M. Budd est porté à croire qu'il s'agissait ici d'une anomalie congénitale, et c'est, selon nous, l'hypothèse la plus probable. (*Gazette médicale*, 1840.)

« Les Musées de Londres possèdent une série de pièces pathologiques dans lesquelles on peut saisir, pour ainsi dire pas à pas, le développement de diverses coarctations urétrales qui semblent n'avoir été d'abord que de simples brides, épaissies et indurées par les progrès du temps. On sait que ces brides se forment lentement; la cause qui les produit peut être considérée comme permanente. Le développement de la valvule a un terme assez restreint dans le sens du diamètre de l'urètre, mais il n'a point de limites dans celui de la longueur du canal. Aussi n'est-il pas rare de rencontrer des rétrécissements organiques d'une longueur considérable. Dans ceux qui se sont offerts à moi, je n'ai rien aperçu qui me permît de décider si la coarctation n'avait été d'abord qu'une simple bride, peu à peu accrue dans le sens de sa base, ou si plusieurs brides, placées les unes au-devant des autres, avaient fini par se rencontrer, les changements de texture nés de plusieurs points à la fois s'étant réunis à une époque plus ou moins avancée. Mais ce qu'il y a de certain, c'est que ces rétrécissements valvulaires sont susceptibles de prendre de l'accroissement. M. Cruveilhier parle, dans la vingt-cinquième livraison de son Traité d'anatomie pathologique, d'un rétrécissement situé à la courbure de l'urètre et ayant huit à neuf lignes d'étendue. Au centre de ce rétrécissement, la transformation fibreuse avait lieu aux dépens de la membrane muqueuse et du tissu spongieux du canal; sur les limites, elle n'avait envahi que la membrane muqueuse. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, Ire part., page 101.)

Quoi qu'il en soit, ces brides de l'urètre sont donc très-diverses — pour leur siége, puisqu'on les observe dans tous les points de la longueur du canal, mais surtout à ses deux extrémités, tantôt sur un point, tantôt sur l'autre; — pour leur forme, puisque c'est ou un diaphragme percé d'un ou de plusieurs trous à son centre ou vers sa circonférence, ou un simple anneau, ou un croissant. Quant à la direction, elle est telle que la bride s'abaisse et se couche contre les parois quand le jet d'urine sort, ou qu'au contraire elle se redresse et ferme plus ou moins complétement le canal, à la manière d'une véritable valvule.

b. *Rétrécissements fibreux.* C'est la forme qui a été donnée comme le type des rétrécissements de l'urètre. M. Cruveilhier dit :

« Le caractère fibreux des rétrécissements de l'urètre me paraît un fait bien démontré; car, je le répète, je n'ai jamais rencontré de rétrécissement d'une autre nature : il y a disparition complète de la membrane muqueuse au niveau du

rétrécissement, disparition plus ou moins complète du tissu spongieux érectile du canal de l'urètre. Si de ce caractère fibreux du rétrécissement nous cherchions à remonter à la cause qui l'a produit, nous verrions qu'on ne peut expliquer ce rétrécissement que de deux manières : 1° par une inflammation chronique de la membrane muqueuse ; 2° par une ulcération. Nous possédons trop peu de faits d'anatomie pathologique relatifs à l'état du canal de l'urètre dans la blennorrhagie pour résoudre cette question d'une manière positive. Je serais porté à croire que ces rétrécissements sont le résultat d'une ulcération ; car, dans l'hypothèse d'une inflammation, il serait bien difficile de concevoir comment les effets de cette inflammation seraient presque constamment limités à un seul point de la longueur du canal.

» Quant aux conséquences thérapeutiques qui découlent du caractère fibreux du rétrécissement elles sont parfaitement en harmonie avec les faits : l'inconvénient du cathétérisme forcé et des sondes coniques, la prééminence de la dilatation sur la cautérisation, la nécessité d'une dilatation long-temps prolongée, la tendance du rétrécissement à se reproduire, l'*incurrabilité absolue de tout rétrécissement du canal de l'urètre*, telles sont les données thérapeutiques fournies par l'anatomie pathologique des rétrécissements. » (Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain.*).

Dans ce court passage, M. le professeur Cruveilhier résume parfaitement les caractères de cet ordre de coarctations.

Il y a plusieurs variétés de rétrécissements fibreux : l'altération est tantôt fusiforme, c'est-à-dire représentant deux cônes opposés par leur base. Dans ce cas, elle enveloppe toute la circonférence du canal qui figure ici l'intérieur de ces deux cônes opposés sommet à sommet, au niveau du point le plus étroit du rétrécissement. L'augmentation d'épaisseur des parois urétrales, au lieu de se prononcer exclusivement en dedans du canal sur le diamètre duquel elle empiète, comme c'est la règle (Civiale), peut aussi se manifester à l'extérieur, ainsi que M. Lallemand en cite un exemple. La transformation fibreuse peut être superficielle ou profonde ; leur étendue en longueur est loin aussi d'être la même : elle va depuis un simple étranglement circulaire jusqu'à plusieurs travers de doigt de tout l'axe du canal.

Dans d'autres cas, au lieu de porter sur le pourtour entier du canal, l'induration fibreuse forme une plaque latérale, ordinairement inférieure et dont l'épaisseur est variable.

Quant à l'aspect de ce tissu fibreux morbide, Laennec dit : « Ces callosités résident dans l'épaisseur de la membrane muqueuse, et offrent de petites fissures à leur superficie ; elles sont blanches, jaunâtres, grisâtres ; mais l'on n'y aperçoit aucune trace de fibres. Elles tiennent le milieu entre le tissu fibreux et le tissu cartilagineux. Leur volume et leur nombre varient beaucoup. Elles peuvent soulever les parois de l'urètre et faire à l'extérieur une saillie appréciable au toucher. On en a observé plusieurs à la suite les unes des autres. »

Il y a plusieurs opinions sur la formation des rétrécissements fibreux, sur leur pathogénie. Nous venons de voir que Laennec les plaçait dans l'épaisseur de la muqueuse ; aujourd'hui on pense généralement qu'ils consistent dans l'hypertrophie et la dégénérescence fibreuse du tissu cellulaire sous-muqueux. Dans certains cas, on aurait trouvé l'effacement des cellules du tissu spongieux de l'urètre.

Comment s'opère cette transformation fibreuse ? Nous venons de voir que M. Cruveilhier incline à croire qu'elle résulterait de la cicatrice d'une ulcération.

Voici l'opinion du professeur Lallemand ;

« En résumé, l'inflammation catarrhale de l'urètre peut durer toute la vie sans causer d'endurcissement, de coarctation permanente ; l'inflammation des tissus sous-jacents de la membrane muqueuse peut se terminer par induration sans occasionner d'écoulement notable. Ainsi, quand un rétrécissement se manifeste après un écoulement, ce n'est pas à l'inflammation catarrhale qu'il faut l'attribuer, mais à l'inflammation plus profonde qu'elle a déterminée. »

Quelques auteurs ont prétendu que la muqueuse était froncée sur le rétrécissement; M. Civiale soutient tout le contraire, et nous pensons qu'en général il a raison; s'il y a des exceptions à cette disposition, elles doivent être bien peu nombreuses. Cette muqueuse, diversement colorée au niveau et même un peu au delà de la coarctation, est communément très-adhérente à cet endroit, au point que, dans un cas qu'il cite, il a été impossible à M. le professeur Lallemand de la séparer du tissu sous-jacent. Et chez quelques sujets la membrane paraît comme usée sur le rétrécissement; elle y manque. Elle paraît quelquefois se racornir comme le reste des parois urétrales, et il semble qu'on passe la sonde dans un canal sec. (Ch. Bell, Civiale.)

Dans un cas dessiné par M. Rayer, la surface de l'urètre était recouverte d'une couche jaunâtre, qui, suivant l'habile observateur, était une infiltration de matière tuberculeuse..

Nous allons terminer ce sujet par la relation d'une autopsie très-bien faite.

Obs. 7. « Le 15 novembre 1834, nous étions à l'amphithéâtre de l'hôpital Necker, MM. Malgaigne, Ledain, Vergnes et moi, pour constater quelques particularités anatomiques de l'urètre sur un sujet qui, mort la veille, avait succombé à la phthisie pulmonaire dans un service de médecine. Une très-petite bougie de cire, introduite dans le canal, s'arrêta à deux pouces et demi de l'orifice externe. On s'assura de l'existence d'un rétrécissement sur ce point, et dès-lors les recherches prirent une autre direction. Le pubis fut enlevé avec les organes génito-urinaires, et l'urètre fendu, tant d'arrière en avant que d'avant en arrière, jusqu'au rétrécissement. La bougie, portée dans la partie rétrécie, fit paraître, au point correspondant de la face inférieure du canal, une tumeur arrondie d'avant en arrière et oblongue transversalement, qui avait deux lignes d'épaisseur à sa base. Un mouvement de va-et-vient imprimé à la bougie opérait dans cette tumeur, au-dessous des téguments communs, un déplacement d'avant en arrière, dont l'étendue était au moins d'un pouce. Du reste, la tumeur, d'une assez grande circonférence, cessait d'être apparente lorsque la bougie n'écartait plus les parois de l'urètre; mais, même alors, on la distinguait sans peine au toucher. L'incision faite à la face inférieure du canal montra que la saillie de ses parois devait naissance à un épaississement des tissus sous-muqueux, ayant la forme d'un cercle irrégulier, *nacré*, et très-consistant, qui embrassait l'urètre entier. La surface interne de ce dernier était racornie et resserrée en cet endroit, mais sans lésion apparente, du moins à la membrane muqueuse. En exerçant de légères tractions latérales, on distinguait trois replis membraneux fort minces, dont un, plus saillant et plus rapproché du gland, correspondait à la partie la plus étroite, tandis que les deux postérieurs, placés à trois lignes de distance l'un de l'autre, étaient beaucoup plus prononcés, celui du milieu surtout. C'était derrière le point le plus rétréci que les parois du canal offraient des traces de lésion. On apercevait d'abord, entre les brides, au-dessous de la membrane muqueuse, quelques petites inégalités, de couleur et de consistance diverses; puis, derrière la dernière bride, on voyait une dépression considérable et oblongue, correspondant à la face inférieure de l'urètre, où se trouvaient diverses bosselures. Le tout était recouvert par une membrane muqueuse qui paraissait être parfaitement saine, aussi bien que celle de la partie mobile de l'urètre. Au-dessous de l'arcade pubienne, l'urètre était moins large que dans l'état normal. Du reste, il n'y présentait aucune trace d'altération, et, sous ce rapport, le fait que je présente est en contradiction avec ce qu'on a coutume d'observer. Mais, derrière ce point, dans la partie membraneuse, existaient des saillies, séparées par des dépressions, oblongues pour la plupart, et quelques-unes assez profondes, que la membrane muqueuse tapissait toutes. Il y avait donc là un commencement de ces poches ou cellules urétrales que, chez quelques sujets, on rencontre à une bien plus grande profondeur et plus développées. Au côté droit de l'orifice interne de l'urètre se remarquait une de ces petites tumeurs fongueuses dont il n'est pas rare que le

col de la vessie soit le siége. Il n'y avait point de lésion à la prostate. La vessie n'offrait rien non plus de particulier, et elle ne contenait qu'une très-petite quantité d'urine.

» Le cas dont je viens de retracer l'histoire offre une particularité qui mérite d'être signalée. Le malade périt de la phthisie pulmonaire : il ne s'était jamais plaint des voies urinaires, et cependant l'effort de la colonne d'urine poussée par les contractions vésicales avait produit de grands désordres dans les parois de l'urètre. La position du rétrécissement et le diamètre que conservait encore le canal expliquent comment le jet de l'urine avait pu se maintenir assez gros et arrondi. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 1re part., p. 107.)

c. *Retrécissements cartilagineux.* On pourrait peut-être rattacher aux rétrécissements fibreux, les rétrécissements cartilagineux qui n'en sont en quelque sorte qu'un degré plus avancé ; mais il est plus convenable au point de vue anatomique et au point de vue pratique d'en traiter à part. C'est d'ailleurs l'une des formes les plus rares des rétrécissements de l'urètre. Voici ce qu'en dit M. Leroy-d'Etiolles.

« Les rétrécissements cartilagineux ne se voient que sur la verge ; ils paraissent provenir d'une altération de la membrane fibreuse qui enveloppe les corps caverneux. Il n'est pas rare de sentir des points durs dans la cloison fibreuse de ces corps. M. Lallemand et d'autres auteurs les ont observés. Ces points restent parfois stationnaires ou même se résolvent ; mais d'autres fois ils s'étendent, durcissent et forment des anneaux qui enveloppent les trois quarts de la circonférence de la verge. Je les ai rencontrés quatre fois ; l'un des malades avait d'abord consulté MM. Marjolin et Cruveilhier ; chez un autre, qui tient un des premiers rangs dans l'industrie de la capitale, et que j'ai vu avec le docteur Deville, l'altération est plus remarquable encore, car la verge est entourée d'une série d'anneaux semblables à ceux de la trachée-artère ; j'ai reconnu l'existence de quelques anneaux cartilagineux sur un malade que j'ai vu en consultation avec M. Téallier. Ces anneaux cartilagineux, que je n'ai trouvés décrits nulle part, ont résisté jusqu'à ce jour à tous les traitements. » (Leroy-d'Étiolles, *Sur les rétrécissements de l'urètre*, p. 52.)

d. *Rétrécissements coalescents.* On a dit que deux points opposés de la surface interne de l'urètre pourraient contracter des adhérences réciproques, s'accoler ensemble et produire ainsi un rétrécissement du canal. « Je n'ai jamais rencontré cette disposition, dit M. Civiale, et je n'en connais aucun exemple bien avéré, à moins qu'on ne veuille y rapporter les cicatrices de l'urètre, qui ne sont peut-être pas aussi rares qu'on l'a pensé. » M. Dalmas a trouvé dans l'urètre d'un cadavre, à quatre centimètres du col de la vessie un rétrécissement formé par une véritable cicatrice lisse, dense, et entourée de replis froncés qui rayonnaient vers ses bords (*Journal hebdomadaire*, 1829). Ces cicatrices peuvent en effet résulter de la guérison de certains ulcères dont M. le professeur Andral a rapporté un exemple. Dans ce cas, la muqueuse urétrale était ulcérée en divers points et excoriée vers le méat. Morgagni, MM. Cruveilhier et Leroy-d'Étiolles parlent de ces ulcérations et des cicatrices qui leur succèdent ; mais nous ne pensons pas comme ce dernier chirurgien qu'on doive en faire une espèce de rétrécissements à part, sous le nom de *rétrécissements ulcérés*. L'ulcère peut précéder ou compliquer le rétrécissement, il en est la préface ou un accident, mais il ne constitue pas la coarctation, ni sa nature.

e. *Rétrécissements végétants.* A ce titre se rattache ce que les auteurs ont décrit sous le nom de *excroissances*, *carnosités*, *fongosités*, *végétations*, etc. de l'urètre.

Il y a trois phases dans l'histoire des végétations de l'urètre. Elles passèrent d'abord pour très-communes, parce qu'alors, comme on ne se faisait point une idée nette des rétrécissements fibreux, qu'on supposait l'obstacle anatomique, comme on le créait d'imagination plutôt que de le chercher avec le scalpel, on croyait que le canal se rétrécissait, parce qu'une excroissance, une caroncule faisait saillie dans son intérieur.

Excroissance était à cette époque synonyme de rétrécissement. Plus tard, quand on commença à rapporter d'une manière moins vague les symptômes aux lésions matérielles, ne rencontrant point, malgré le nombre des autopsies, ces végétations, parce qu'en effet elles sont très-rares, on en rejeta l'existence. Dionis, faisant allusion aux charlatans, qui se vantaient d'avoir des spécifiques pour les détruire, déclarait que ces « carnosités étaient filles de l'intérêt et de l'imposture. » J.-L. Petit n'y croyait pas davantage.

Enfin, et c'est la troisième phase, les investigations cadavériques se faisant avec plus de zèle et de sévérité, les végétations de l'intérieur de l'urètre furent mises en évidence et devinrent un fait acquis à la science, bien qu'un fait rare. Morgagni cite dans sa 42e lettre le cas d'un jeune homme dont l'urètre offrait au tiers de sa longueur une petite excroissance, *tenuis excrescentia luxuriantis carnis;* mais c'est la seule que l'illustre médecin ait rencontrée : *vix unam dixero certam mihi esse in ea observationem carnis excrescentiæ.*

Ces exemples se sont multipliés avec les recherches des bons observateurs; Sœmmering, Laennec, Ch. Bell en ont vu. Plus récemment, ces végétations ont encore été mieux étudiées et trouvées sur presque tous les points de l'urètre à tous les degrés de leur développement.

« J'ai rencontré un petit nombre de carnosités urétrales. Dans un cas qui s'est présenté à l'hôpital Necker, la partie membraneuse de l'urètre offrait une série de granulations semblables à celles qu'on observe quelquefois dans la vessie. Mais l'histoire du malade m'étant demeurée inconnue, je ne saurais indiquer les effets que ces productions exercent quant à l'excrétion de l'urine. » (Civiale, *Traité des maladies des organes génito-urinaires*, 1re partie, 2e édit., p. 102.)

M. Lallemand aurait vu ces végétations en quelque sorte à l'état de germe. La muqueuse était injectée, épaissie, fongueuse à la portion prostatique, et ce professeur ajoute qu'un pareil cas est le seul où il conçoive la possibilité du développement des végétations. Sur les pièces du Musée de Londres, M. Civiale a vu, sur l'une, de nombreuses granulations dans la partie prostatique; sur une autre, à l'union des parties membraneuse et bulbeuse, une excroissance très-développée faisant une saillie considérable : il y avait en même temps ulcération de la crête urétrale, rétrécissement à la courbure sus-pubienne et hypertrophie de la vessie. (Civiale, *loco cit.*, p. 102.)

Enfin, entre plusieurs cas que M. Leroy-d'Étiolles a observés et figurés, nous citerons le suivant, qui est très-remarquable.

Obs. 8. « M. G..., habitant d'Auxerre, vint à Paris en 1833, pensant être affecté de la pierre; sa vessie en contenait en effet plusieurs petites. Je l'en débarrassai en quatre séances, dont une fut pratiquée en présence de M. Dieffenbach. Des fragments assez volumineux passèrent sans difficulté après les deux premières applications. Mais, après la troisième, un morceau très-volumineux s'engagea et s'arrêta dans la région membraneuse. Après avoir fait quelques tentatives pour le repousser dans la vessie, je le brisai sur place avec une petite pince urétrale à trois branches, sans crochet; mais, parmi les débris de la pierre, je ramenai des portions de carnosités fermes et granulées. Le lendemain, semblable arrêt; nouvelle extraction de débris de pierre et de portions de végétations. Cet accident ne se renouvela plus; la vessie fut débarrassée complétement, et, pendant dix-huit mois, le malade n'éprouva point de douleurs en urinant, seulement le jet était un peu plus petit et déformé. Des douleurs de reins se firent sentir; l'urine, parfois sanguinolente, devint trouble, puis purulente; sa sortie causait la sensation de la brûlure. Croyant avoir de nouveau la pierre, M. G..., revint à Paris en 1836; je le sondai, mais sans trouver de corps étranger dans la vessie. J'éprouvai de la difficulté à franchir la portion membraneuse, et, me rappelant la végétation que j'avais rencontrée deux ans auparavant dans la région membraneuse, j'explorai l'urètre avec une bougie à boule. Son passage d'avant en arrière fut difficile, mais la sortie le fut

bien davantage, et ce ne fut pas sans une traction assez forte que l'instrument put être dégagé. L'olive fut arrêtée de nouveau à deux centimètres environ (9 lignes) du méat urinaire, où elle n'avait éprouvé à son entrée qu'une médiocre résistance. Une excroissance charnue, poussée par la boule, vint apparaître à l'orifice de l'urètre, et fut arrachée par une traction brusque. La sortie se fit alors sans difficulté. Si la santé générale eût été moins détériorée, j'aurais songé à pousser la destruction des végétations, et j'aurais fait usage de la canule d'Ambroise Paré, munie à l'intérieur d'une lame en gouttière tranchante; mais la fièvre continuelle, avec des redoublements qui minaient le malade, le défaut d'appétit, l'aspect de l'urine m'en détournèrent. Quinze jours après mon exploration, survinrent des symptômes de résorption avec violent frisson et sueur abondante. Au second accès de cette sorte de fièvre pernicieuse la mort eut lieu.

» A l'autopsie, je trouvai le rein gauche transformé en une poche remplie de pus, dans lequel nageaient trois calculs d'acide urique, recouvert de phosphate triple. Dans l'urètre, il y avait, au tiers de la portion membraneuse, une végétation du volume d'un pois derrière un rétrécissement, et une autre, plus petite, prenait naissance près de la lèvre postérieure de la fosse naviculaire. Celle-là je ne l'avais pas reconnue lorsque je pratiquai la lithotritie. Une portion plus volumineuse que celle qui restait avait été arrachée, comme je l'ai dit, quinze jours auparavant. Si j'en juge par la saillie qu'elle faisait hors du méat urinaire lorsqu'elle était poussée au dehors par la boule, elle devait avoir son insertion dans la fosse naviculaire. Le rétrécissement que l'on voit au commencement de la portion membraneuse n'existait pas deux ans auparavant. Je ne crois pas qu'il se soit développé par suite du séjour des fragments de pierre ni des manœuvres pour les écraser, car ce n'est pas sur ce point qu'ils ont séjourné; je suppose qu'il est dû aux tentatives répétées que fit le malade pour passer des bougies. » (Leroy-d'Etiolles, *Sur les rétrécissements de l'urètre*, p. 44.)

La facilité avec laquelle se développent les végétations sur la muqueuse, qui est en quelque sorte celle de l'urètre, c'est-à-dire celle du prépuce et du gland, aurait pu faire craindre que ces productions ne se montrassent plus fréquemment à l'intérieur du canal, où elles ont une tout autre importance.

MM. Amussat, Ricord et Mercier ont également vu de ces faits.

Quant au développement des végétations, outre l'état fongueux de la membrane muqueuse, qui peut, selon M. Lallemand, leur donner naissance, ne pourraient-elles pas pousser de la surface des ulcérations? Enfin, la même cause qui en provoque la formation sur le gland ne pourrait-elle pas en déterminer la production en dedans du canal de l'urètre? C'est une opinion émise par quelques chirurgiens, et nous la partageons.

f. *Rétrécissements variqueux.* Ces rétrécissements ne sont pas admis par ceux qui rejettent les varices de l'urètre et du col de la vessie. Morgagni semble y croire; les Anglais nous reprochent de les avoir confondues avec celles du tissu spongieux de l'urètre.

« Les rétrécissements variqueux, dit M. Leroy-d'Étiolles, ne peuvent guère être admis que par induction sur le vivant : l'abondance de l'écoulement du sang, produit sur certains malades par le léger contact d'une sonde flexible, quelquefois même l'écoulement par jet de ce liquide, font supposer que l'ouverture d'une veine a pu seule produire une telle hémorrhagie; je l'ai vue survenir trois jours après une cautérisation, au moment où l'eschare se détachait, ce qui n'a rien d'extraordinaire; mais, dans deux autres circonstances, elle fut produite par la bougie exploratrice de Ducamp, et par une bougie de cire qui s'était pelotonnée dans le bulbe, refoulée avec force par la main d'un chirurgien qui croyait l'avoir fait pénétrer dans la vessie, comme il arrive si souvent de ces instruments sans consistance. Lorsque je retirai la bougie, elle fut suivie d'un jet de sang auquel succéda un écoulement en nappe assez abondant pour nécessiter des injections froides dans l'urètre, et l'application sur le périnée de compres-

ses trempées dans l'eau glacée. L'un des hommes qui ont le plus et le mieux observé les rétrécissements de l'urètre, mon ami le docteur Pasquier, m'a dit avoir vu plusieurs fois survenir de ces hémorrhagies urétrales, qui ne pouvaient être attribuées qu'à l'ouverture d'un vaisseau superficiel et dilaté. » (Leroy-d'Étiolles, *Sur les rétrécissements de l'urètre*, p. 50.)

Nous l'avons vu, cet écoulement de sang, provoqué par le contact même léger des instruments, est loin d'établir à nos yeux l'existence des varices ; il montre que la muqueuse est facilement saignante, comme quelquefois celle de la bouche. Nous ne connaissons pas de fait qui prouve sans réplique l'existence des rétrécissements variqueux. Nous avons dû en tenir compte pour représenter fidèlement l'état de la science ; mais c'est une question qui n'est pas décidée.

Siége, nombre, longueur et marche des rétrécissements organiques de l'urètre.

a. *Siége des rétrécissements organiques de l'urètre.* La plupart des auteurs qui ont exprimé numériquement le siége ordinaire des rétrécissements ne sont pas d'accord. Ainsi, d'après Ducamp, cinq fois sur six l'obstacle existe entre quatre pouces et demi et cinq pouces et demi, tandis que, dans des observations présentées par Ducamp lui-même, M. Lallemand trouve que, sur vingt-neuf rétrécissements constatés sur seize malades, onze étaient au-delà de cinq pouces et demi, et quatorze seulement dans l'espace indiqué par Ducamp. Ces faits, réunis à ceux de la pratique de M. Lallemand, le conduisent à penser qu'un grand nombre de rétrécissements siégent près du col de la vessie. Nous nous bornerons à ces deux exemples.

Cette divergence s'explique : 1° par celle qui existe au sujet de la *longueur normale* de l'urètre.

Elle a encore d'autres raisons, dans l'exposition desquelles nous suivrons M. Civiale.

2° *Confusion anatomique des portions de l'urètre.* M. Civiale reproche aux ouvrages anglais et aux catalogues des Musées de Londres de noter à la partie membraneuse de l'urètre des rétrécissements qui existent réellement sur le point qui la sépare de la portion spongieuse. Il faut donc que les Anglais ne limitent pas exactement comme nous les diverses portions de l'urètre ; car M. Civiale n'a certainement pas eu la pensée de les accuser en masse de ne pas savoir faire, dans l'appréciation du siége du rétrécissement, une distinction reçue.

3° *Mobilité du rétrécissement.* M. Civiale a bien indiqué ce point ; nous lui emprunterons donc encore ce passage.

« Quand on a voulu s'assurer de l'existence d'une coarctation, on a introduit dans l'urètre une sonde ordinaire, une sonde exploratrice ou une bougie. Mais, soit qu'on voulût traverser le point rétréci, soit qu'on eût seulement l'intention d'en obtenir l'empreinte, on exerçait sur lui une pression qui, en raison de la flaccidité et de l'élasticité des tissus, refoulait presque toujours le rétrécissement en arrière. Or ce déplacement, sur la portée et les effets duquel j'aurai occasion de revenir, est d'autant plus considérable que les tissus conservent encore davantage de souplesse, et que le point rétréci est plus circonscrit. Lorsque le rétrécissement se trouve au-devant du scrotum, on acquiert la certitude du refoulement en introduisant une bougie assez grosse pour qu'elle soit retenue : dès qu'on cesse de pousser, le point rétréci reprend sa place ; on pose le doigt sur la saillie du rétrécissement, on pousse et l'on retire la bougie, qui entraîne le point rétréci, et le toucher fait connaître de combien il se déplace, soit en avant quand on pousse la bougie, soit en arrière quand on la retire, et le déplacement est beaucoup plus grand qu'on ne pourrait le penser. La même expérience, tentée sur le cadavre, produit un déplacement encore plus considérable. Si l'on coupe le pénis et l'urètre au niveau des branches pubiennes, un peu au-devant du point où nous verrons que siégent la plupart des rétrécissements, on parvient à refouler de quelques lignes en arrière ce point de l'urètre ; en introduisant une bougie on peut également le déplacer en avant et en arrière, si la

bougie a un volume qui lui permette d'être serrée dans cette région du canal, la plus étroite de toutes après l'orifice extérieur. Je me suis convaincu un grand nombre de fois que cette particularité, sur laquelle les observateurs n'ont point arrêté leur attention, était devenue la source des méprises sur le véritable siége du rétrécissement et dans l'application des méthodes de traitement. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 1re part., p. 147.)

Cette citation met à nu la vanité de ces prétentions à une exactitude mathématique dans la mensuration de l'urètre et de ses coarctations.

4° *Diversité dans la manière d'apprécier le siége du rétrécissement.* Outre la différence que peuvent présenter les instruments, il en est une très-importante dans la plus ou moins grande traction qu'on exerce sur la verge pour effacer les plis de la muqueuse urétrale devant l'instrument, ou pour attirer le canal sur lui.

5° *Allongement de la verge par suite des tiraillements exercés par le malade.*

« La plupart de ceux qui éprouvent de la difficulté à uriner exercent sur la verge des tiraillements répétés dont le résultat est de faire prendre une longueur anormale au pénis, ainsi qu'on le voit tous les jours chez les enfants. D'ailleurs, le membre viril a parfois une extensibilité et une mollesse qui lui permettent de prendre un allongement incroyable; j'ai traité, entre autres, un homme qui avait un rétrécissement considérable à la courbure de l'urètre, et dont la verge était si élastique, qu'une bougie ordinaire se trouvait enfoncée dans toute sa longueur, bien qu'elle se fût à peine engagée dans le point rétréci, et qu'elle dépassât le gland de plus de quatre pouces, dès qu'on cessait d'exercer des tractions. Enfin, il n'est pas rare, chez les sujets atteints de rétrécissements anciens, que l'extrémité du pénis devienne le siége d'une phlegmasie lente, par suite de laquelle la verge se tuméfie et s'allonge. Dans de pareilles circonstances, le rétrécissement peut paraître beaucoup plus profond qu'il ne l'est en réalité, et les mesures que l'on prend alors ne sauraient s'appliquer aux cas ordinaires. Cependant la plupart des chirurgiens qui ont voulu déterminer le siége des rétrécissements n'ont pas tenu compte de ces particularités. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 1re part., p. 149.)

6° *Confusion des rétrécissements avec l'hypertrophie prostatique.* Il n'y a pas encore bien long-temps on pouvait prendre une déformation de l'urètre, et surtout une hypertrophie de la prostate, pour un véritable rétrécissement organique.

Et la preuve que cette divergence dans les chiffres a bien la source multiple que nous avons indiquée, c'est qu'elle ne se retrouve plus dans l'appréciation générale du siége des rétrécissements. Alors les auteurs se trouvent presque tous d'accord. Ainsi Home place le plus grand nombre des rétrécissements « immédiatement derrière le bulbe; *just behind the bulb* »; Hunter « à la région bulbeuse »; Brodie « à l'extrémité antérieure de la portion membraneuse, juste en arrière du bulbe», comme Hunter; A. Cooper « à la jonction des portions spongieuse et membraneuse », et M. Civiale « à la courbure sous-pubienne, à la jonction des parties bulbeuse et membraneuse ». Considérez l'extrême difficulté d'une appréciation rigoureuse du siége des rétrécissements sur le vivant, où presque toutes les mesures ont été prises, et vous avouerez que les auteurs sont d'accord à cet égard, et qu'on peut dire avec M. Leroy-d'Étiolles que « les dix-neuf vingtièmes des rétrécissements existent à une profondeur qui varie de cinq à six pouces (environ treize à seize centimètres), c'est-à-dire immédiatement en arrière du bulbe, au commencement de la portion membraneuse, au-dessous du pubis, là où l'urètre est naturellement déclive, rétréci ».

En second ordre, pour la fréquence, vient le méat urinaire.

En troisième ordre, la portion spongieuse, à une profondeur de deux pouces, deux pouces et demi, à la racine de la verge, dans un point aussi où le canal est tant soit peu plus étroit, et où,

dans l'état de flaccidité, il est courbé sur lui-même.

Mais on en rencontre aussi dans des points plus rapprochés de la vessie. Home et M. Lallemand en ont trouvé à la fin de la portion membraneuse, et même dans la région prostatique, et Ch. Bell en a figuré d'aussi reculés dans son Anatomie morbide (voy. pl. 4, fig. 3). M. Leroy-d'Étiolles conserve dans sa collection anatomique un exemple de ce genre. A. Cooper va même jusqu'à mettre les rétrécissements de la région prostatique au second rang pour la fréquence; mais c'est une exagération où le mot rétrécissement est appliqué à l'hypertrophie de la prostate.

La différence de texture des divers points de l'urètre ne serait pas sans influence sur le caractère des rétrécissements qui s'y développent.

Ainsi, les rétrécissements du méat sont en général constitués par des brides circulaires ou demi-circulaires, peu extensibles, et qui restent long-temps stationnaires.

Vers le milieu de la partie spongieuse les rétrécissements sont ordinairement formés par des bandes larges, résistantes presque toujours, avec épaississement du point malade. Parfois ce sont de simples replis, comme à l'orifice extérieur.

A la courbure sous-pubienne, les variétés sont plus nombreuses : tantôt les rétrécissements sont annulaires, semblables à une ligature qui étranglerait le canal. Cette forme est la plus commune, et c'est par elle que débutent la plupart des autres. La bride est circulaire et occupe tout le pourtour du canal, ou en demi-cercle ou quart de courbe, et n'envahit qu'un des côtés du canal, le plus souvent l'inférieur. Tantôt la muqueuse est couverte de rugosités ou de végétations, tantôt elle offre son aspect normal, et le tissu sous-muqueux est seul hypertrophié ; c'est le cas le plus commun.

b. *Longueur des rétrécissements organiques de l'urètre.* Nous avons vu que le plus souvent, surtout au début, les rétrécissements sont linéaires ; mais plus tard la coarctation acquiert quelquefois une grande longueur : Hunter, Desault, Chopart l'ont vue atteindre depuis un demi pouce jusqu'à plusieurs pouces; Ducamp en a trouvé de deux pouces de long, Howship a représenté un rétrécissement de deux pouces et demi, occupant la partie spongieuse de l'urètre, qui est seule presque exclusivement le siége des rétrécissements longs. Dans son Traité des maladies de l'urètre, Charles Bell a représenté quatre degrés de cette forme de coarctation : dans l'une des figures, le rétrécissement long qui commence laisse encore au canal une certaine largeur; dans une seconde, derrière le rétrécissement long, le canal est altéré; dans la troisième, le rétrécissement long s'établit entre deux rétrécissements courts préexistants. L'autre planche retrace un rétrécissement court.

c. *Nombre des rétrécissements organiques de l'urètre.* Les rétrécissements sont fréquemment multiples, et M. Leroy-d'Étiolles croit pouvoir assurer que dans près de la moitié des cas il y en a deux situés à sept ou huit millimètres l'un de l'autre. Lorsque, dit-il, l'usage des bougies exploratrices à boule, faites entièrement de gomme, sera devenu plus général, on reconnaîtra la justesse de cette assertion. Par ce moyen, il a compté jusqu'à onze rétrécissements dans l'urètre d'un Sicilien qu'il voyait avec le docteur Montalegri. La boule, à sa sortie, était arrêtée par chacun d'eux; ils étaient placés la plupart dans la portion spongieuse de l'urètre, distants les uns des autres d'environ cinq millimètres (deux lignes et un quart). Colot en avait déjà trouvé huit, Lallemand sept, Hunter six, Ducamp cinq. Mais cette forte multiplicité est une exception, et Boyer n'a pas rencontré plus de trois rétrécissements à la fois dans le même canal.

« S'il existe plusieurs coarctations simultanées, on est à peu près certain d'en trouver une, souvent la plus considérable, à la courbure, et les autres entre cette courbure et le gland. Il y a cependant quelques exceptions remarquables à cette règle. Un de mes malades était atteint de deux rétrécissements, l'un sous l'arcade pubienne, l'autre, plus considérable, à la partie spongieuse de l'urètre. » (Civiale, *l. cit.*, p. 157.)

Lorsqu'un rétrécissement est unique,

l'urètre est ordinairement dilaté en arrière, pour peu que les obstacles existent depuis quelques années, tandis qu'il conserve son calibre en avant. Mais à la fin cette portion antérieure se resserre. Ce rétrécissement, en quelque sorte consécutif de la portion du canal qui précède le rétrécissement primitif, a été diversement expliqué. M. Civiale dit :

« ..... On sait qu'en général les rétrécissements situés à la courbure de l'urètre sont peu susceptibles d'augmenter en longueur, et que, quoique très-avancés, ils ne dépassent guère quelques lignes. On ne trouve les coarctations longues du canal que dans un seul point, sa partie spongieuse. C'est donc à la texture de cette partie qu'il faut attribuer ces sortes de coarctations, heureusement rares, qui paraissent se développer d'une manière uniforme et régulière dans toute leur longueur, et dans lesquelles la membrane muqueuse est moins affectée que le tissu sous-jacent. Mais on ne sait rien de positif de leur mode de formation. » (Civiale, *l. cit.*, p. 156.)

Nous ne saurions blâmer M. Civiale de sa réserve; mais, comme nous ne saurions non plus décourager ceux qui tentent la solution d'un problème difficile, nous prendrons dans M. Leroy-d'Étiolles le passage qui a trait à cette question.

« Certains auteurs, pour expliquer cette diminution du calibre, disent que l'urine au-dessous de l'écluse ne coulant plus à plein tuyau, et la rétractilité de celui-ci n'étant plus contre-balancée, le resserrement s'opère naturellement. Telle n'est pas, ce me semble, la cause véritable ou du moins ordinaire du resserrement de l'urètre. Si le calibre de ce canal diminue en avant de la coarctation, s'il devient plus ou moins uniformément étroit, tendu, rigide, c'est à l'inflammation lente qu'il faut s'en prendre ; cette inflammation est elle-même causée et entretenue le plus communément par la nature de l'urine, rendue irritante par sa stagnation dans la vessie, par le phosphate ammoniacal dont elle est chargée, par son mélange avec les mucosités altérées de la prostate et de l'urètre. »

M. Leroy-d'Étiolles ajoute :

« Il est rare que cette rétraction, ce resserrement de la portion spongieuse, qui se forme secondairement en avant du rétrécissement, ait lieu d'une manière uniforme. Presque toujours il y a une série d'inégalités, une succession de petits rétrécissements sur ce rétrécissement général; reliefs que l'on peut quelquefois apprécier avec les sondes; qui laissent parfois des empreintes sur les bougies de cire, mais dont la bougie à boule permet seule de préciser le nombre et l'étendue. » (Leroy-d'Étiolles, *Sur les rétrécissements de l'urètre*, p. 85.)

Nous croyons que les deux causes signalées par ce chirurgien peuvent bien contribuer toutes deux au rétrécissement consécutif de la partie de l'urètre située devant le rétrécissement primitif. En effet, s'il est incontestable que l'inflammation chronique ait la conséquence que l'auteur lui attribue, l'est-il moins que les canaux qui ne sont plus traversés par les liquides tendent à se fermer, s'oblitèrent même complétement; n'est-on pas comme forcément porté à reconnaître que si un conduit est parcouru par un filet de liquide moindre qu'à l'état normal, ce conduit doit diminuer de calibre à proportion? N'est-ce pas ce qu'on observe dans l'intestin après une longue abstinence, ou au-dessous d'un rétrécissement, etc.? Heureusement que cette difficulté importe peu à la pratique.

Dans le cas suivant, les altérations de grandeur que subit le canal devant comme derrière le rétrécissement sont parfaitement retracées. Toute la portion spongieuse s'était aussi entièrement rétrécie.

Obs. 9. « M. B..., négociant à Alger, a eu plusieurs blennorrhagies, la première à vingt ans : diminution du jet d'urine à vingt-sept ans ; écoulement urétral à vingt-neuf ans : difficulté plus grande. Traitement par la bougie, mais incomplet; la dilatation n'est point portée au delà de cinq millimètres : amélioration. L'écoulement se supprime presque complétement. A trente ans blennorrhagie peu intense, mais qui persiste : diminution rapide du jet, qui se bifurque. Neuf cautérisations sont pratiquées à six pouces de profondeur environ, au dire du

malade; quelques bougies sont introduites, mais peu volumineuses: on ne va pas au delà de six millimètres. L'écoulement persiste; pour le faire disparaître, le nitrate d'argent est promené dans toute la largeur de l'urètre; cette application est renouvelée trois fois à quinze jours d'intervalle : l'écoulement diminue d'abord, puis il augmente. Le jet, qui avait acquis de la force, redevient petit; la verge est rigide. M. B... passe des bougies, mais au lieu de pouvoir en augmenter le volume il est obligé de le diminuer graduellement, et il arrive après un an à ne passer que deux millimètres. Le canal se maintient à ce degré, mais souvent il arrive que l'effort de la vessie ne suffit pas pour vaincre la résistance de cette longue filière étroite, à travers laquelle doit passer l'urine : le malade introduit alors sa bougie; puis, après un séjour de quelques minutes, la miction a lieu. Cet état dure six ans à peu près stationnaire, après quoi le mucus urétral devient sanguinolent, surtout après le coït. L'urine se trouble, elle laisse déposer par le refroidissement des mucosités de plus en plus abondantes et épaisses. M. B... vient à Paris, en 1840, et M. le docteur Millet le conduit auprès de moi. Essai quotidien, pendant quinze jours, de la dilatation temporaire : peu de progrès. Je propose au malade d'avoir recours à la dilatation permanente pour ramollir, s'il est possible, le tissu induré. Il y consent : une sonde de deux millimètres séjourne pendant deux jours, puis chaque jour nous augmentons d'un millimètre jusqu'à sept. Après trois semaines, la sonde est retirée, l'urine coule par un jet plein et fort : diminution dès le lendemain; le troisième jour l'urètre était revenu au diamètre qu'il avait avant les sondes, deux millimètres et demi. Pendant le temps qu'a duré l'application de la sonde, l'urine a été claire, le mucus urétral n'a pas été sanguinolent. M. B... reprend ses affaires; après trois semaines survient une rétention d'urine complète, que fait cesser l'introduction d'une petite sonde en gomme; la rétention se renouvelle le lendemain. M. B... place lui-même une petite sonde toutes les deux heures quand le besoin se fait sentir. Après quelques jours, une quantité de sang assez considérable coule par l'urètre. Des injections d'eau fraîche arrêtent cette hémorrhagie, qui se renouvelle et cesse par le même moyen. Pensant que le malade se blessait en passant la sonde, nous la laissons à demeure. Mais déjà la santé de M. B... est ébranlée et semble indiquer une altération profonde et mortelle : il y a de la fièvre avec de légers frissons, l'urine est muqueuse et purulente. Comme nous savons par expérience que la dilatation ne se maintient pas, nous évitons de placer des sondes volumineuses. Elles y étaient seulement depuis cinq jours lorsque l'urine apparaît sanglante. Les injections froides qui avaient suffi pour arrêter précédemment l'hémorrhagie sont inefficaces cette fois; les solutions de sulfate et d'acétate d'alumine, de sulfate de fer et de zinc, injectées dans l'urètre et la vessie, ne produisent pas plus d'effet; l'eau dite de Brocchieri, dont on a raconté tant de merveilles comme hémostatique, ne parvient même pas à diminuer la quantité de sang répandue, bien qu'on ne l'épargne pas; les lavements astringents, les applications froides sur le bassin, demeurent impuissants, et le malade succombe au bout de huit jours à cette lente hémorrhagie. Voici le procès-verbal d'autopsie, tel que l'a recueilli et rédigé, le 25 décembre 1840, Marcellin Fauraytier, alors mon élève, trop tôt ravi à la science, qu'il cultivait avec ardeur, et à l'amitié de tous ceux qui l'ont connu.

» *Nécropsie*. Comme tous les symptômes observés pendant le cours de la maladie annonçaient une affection de l'appareil génito-urinaire, c'est sur ce dernier que l'attention s'est d'abord portée. Les lésions que les différents organes de cet appareil ont offertes se sont trouvées parfaitement d'accord avec les symtômes constatés durant la vie, et comme ils ont paru suffisants pour expliquer la terminaison funeste de la maladie, les autres organes n'ont été examinés que d'une manière secondaire.

» L'extérieur du corps n'offre rien de particulier.

» Le rein gauche a conservé son vo-

lume, mais il est bosselé à sa surface et présente du ramollissement sur plusieurs points, et une augmentation de consistance sur quelques autres; sa couleur a peu changé à l'intérieur; pressé dans la main il est flasque, ses parois s'affaissent et font soupçonner que l'intérieur est réduit à une excavation; une section de l'organe, faite de sa convexité vers sa concavité, permet de constater les altérations suivantes :

» 1° Absence de démarcation entre la substance corticale et la substance tubuleuse;

» 2° Coloration rouge de la première ;

» 3° Coloration rouge-bleuâtre de la seconde;

» 4° Ramollissement de quelques points de ces deux substances; augmentation de consistance de plusieurs autres;

» 5° Les mamelons ont presque tous disparu, comme si l'urine, qui s'est accumulée dans les calices et le bassinet, avait agi par pression sur leur sommet et les avait refoulés du centre à la circonférence.

» Pressé entre les doigts, le tissu de l'organe ne laisse point sourdre de matière purulente; on voit seulement de petites gouttelettes d'un liquide séro-sanguin entremêlé de bulles gazeuses et ressemblant, à cause de cette circonstance, à du sang écumeux recueilli sur la muqueuse enflammée des tuyaux bronchiques.

» Les calices dilatés forment plusieurs poches qui viennent aboutir dans le bassinet également dilaté, au point que l'intérieur du rein forme une large cavité à plusieurs compartiments. La surface de la muqueuse de ces cavités est blafarde, rouge dans quelques endroits, et sur tous les points le siége d'une inflammation manifeste caractérisée par l'injection des vaisseaux sous-muqueux.

» La portion de l'urètre, qui fait suite au bassinet, participe à la dilatation de ce dernier, et permet l'introduction du petit doigt dans sa cavité.

» Le reste de ce conduit a échappé à la dilatation et conservé son diamètre ordinaire.

» 6° Le rein droit présente en tous points les mêmes altérations que le gauche; mais de plus, il est hypertrophié; son volume excède d'un tiers environ celui du rein gauche; en outre son tissu paraît avoir été le siége d'une vive et longue phlegmasie; l'inflammation s'y dénote par la coloration fortement violacée de la substance corticale et de la substance mamelonnée; une section de ces substances fait voir plusieurs plaques marbrées et tellement foncées qu'elles paraissent plutôt brunes que rouges.

» La vessie, qu'on avait le droit de supposer très-altérée, n'a pas présenté de lésion remarquable. Son volume est médiocre; en la palpant dans sa position, avant de l'avoir détachée, on sent que ses parois sont hypertrophiées; ses fibres musculaires longitudinales se prolongent vers son sommet et du côté gauche sur un cordon fibreux qui se rend et se fixe vers la symphyse sacro-iliaque gauche. Ce cordon, qui se répète du côté droit, mais sous un volume moins considérable, est embrassé par un repli du péritoine et ne paraît être autre chose que la veine ombilicale oblitérée.

» Les vésicules séminales, vues à l'intérieur, sont dilatées.

» La prostate, dans son volume et sa consistance, n'offre rien à noter. Nous aurons à parler des altérations de son tissu.

» Quant au canal de l'urètre, on constate :

» 1° Une rougeur sur toute la surface de la muqueuse;

» 2° Un épaississement des parois du canal, dans toute la longueur de la région spongieuse; cet épaississement paraît résider dans le tissu cellulaire sous-muqueux; ce tissu cellulaire est injecté de sang veineux et sa teinte se rapproche beaucoup de celle du corps caverneux.

» Dans le point correspondant au commencement de la région membraneuse, il existe un épanouissement plus considérable des parois du canal et une injection plus vive de la muqueuse. Immédiatemement en arrière, l'urètre est dilaté, et cette dilatation porte sur toute l'étendue des portions membraneuse et prostatique; la surface de la muqueuse de ces portions ainsi dilatées est altérée,

corrodée, détruite en partie, et en partie conservée ; les portions non détruites se dessinent, sous forme de fibres longitudinales de couleur rosée, de consistance musculeuse, et laissent entre elles de petits intervalles de forme variée, et séparés par une pellicule très-mince ; cette pellicule semble être du tissu cellulaire durci, la couleur blanchâtre et l'aspect rénitent de cette membrane aréolaire la distinguent de la muqueuse du reste du canal, dont la couleur est rouge et violacée ; l'existence de ces saillies muqueuses sur la portion dilatée dont je viens de parler, en impose au premier aspect pour un prolongement de fibres musculaires venant de la prostate ; mais un examen attentif fait reconnaître qu'il ne s'agit là que de débris de muqueuse, qui ont été modifiés et épaissis par un travail inflammatoire.

» La portion prostatique du canal de l'urètre a subi peu d'altération, elle a sa couleur et son diamètre ordinaires ; si celui-ci paraît un peu agrandi, c'est que le verumontanum est déprimé, et que la capacité du canal se trouve amplifiée de tout l'espace qu'il occupe.

» Le tissu de la prostate est un peu ramolli, la pression en fait sourdre un liquide grisâtre ; ce liquide semble provenir des conduits de la glande et ressemble bien plus à du suc prostatique qu'à de la matière purulente. Parmi les orifices des conduits prostatiques, il en est deux qui, placés en arrière et de chaque côté de la ligne médiane, ont une ampleur de deux lignes de diamètre ; leur position symétrique et leur direction un peu oblique de dedans en dehors et d'arrière en avant, pourraient faire croire qu'ils appartiennent aux conduits éjaculateurs, si on ne constatait la présence de ceux-ci dans leur position ordinaire, en introduisant un stylet par les débris de ces canaux ; leurs orifices paraissent très-éloignés l'un de l'autre à cause de la dépression du verumontanum, qui a presque complétement disparu.

» Les vésicules séminales, très-dilatées ainsi que nous l'avons dit, sont tapissées par une muqueuse brunâtre et un peu ramollie.

» La cavité du réservoir vésical a un peu plus d'ampleur que dans l'état normal ; la muqueuse est épaisse et brunâtre ; sur la paroi postérieure, on remarque deux cellules capables de recevoir le petit doigt ; ces cellules sont formées par l'écartement des fibres musculaires et tapissées par la muqueuse refoulée dans leur intérieur ; le col de la vessie participe à l'ampleur insolite de l'organe et n'offre d'autre modification qu'une augmentation de consistance due à l'hypertrophie générale des parois du réservoir. » (Leroy-d'Étiolles, *Sur les rétrécissements de l'urètre*, p. 86.)

Lorsque les rétrécissements multiples sont distants les uns des autres de plusieurs centimètres, il n'est pas rare que leurs intervalles soient dilatés, ainsi qu'on en voit des exemples dans Ch. Bell (*Appendice au Traité des maladies de l'urètre*). Mais si les rétrécissements sont plus rapprochés, par exemple, s'ils sont situés à moins de 25 millimètres (6 lignes) les uns des autres, alors les espaces qui les séparent se rétrécissent plus ou moins, et c'est souvent ainsi que s'établissent les rétrécissements longs, par la réunion d'une série de rétrécissements multiples.

Quant à l'étroitesse du rétrécissement, voici ce qu'en dit M. Civiale :

« Les auteurs signalent, j'ai vu dans ma pratique, et l'on trouve dans les musées, notamment en Angleterre, des cas où la partie rétrécie de l'urètre avait une étendue considérable ; les parois du canal sont épaissies, indurées, racornies et tellement resserrées que l'urine ne pouvait plus passer qu'après de violents efforts, et qu'il y avait pour ainsi dire impossibilité d'introduire la plus fine bougie. A l'examen des parties, on voit que les tissus sont durs, serrés, compactes et d'un blanc de nacre ; les tissus sous-muqueux de la membrane qui les recouvre sont confondus ensemble, à tel point qu'on n'aperçoit aucune trace de la disposition primitive ; la structure spongieuse surtout a diminué d'une manière notable, si même elle n'a entièrement disparu, et le tissu semble n'être plus que ligamenteux, comme on peut s'en convaincre, entre autres, sur l'une des préparations du musée de Hunter. Quelquefois j'ai vu cette désorgani-

sation envahir uniformément toute l'étendue du point rétréci ; chez d'autres sujets, il n'y avait qu'un plus ou moins grand nombre de points très-malades, séparés par des intervalles qui l'étaient beaucoup moins. De nombreuses différences peuvent se présenter à cet égard. Tantôt la petite cavité que conserve l'urètre est lisse, unie et ne diffère de ce qu'elle est dans l'état normal que par un calibre moins considérable ; tantôt, au contraire, cette surface est granulée, inégale, ainsi qu'on le remarque dans l'une des pièces du musée de Hunter, où la surface granulée a près d'un pouce.

» Dans un cas rapporté par le docteur Nick, la portion membraneuse de l'urètre était transformée en une sorte de cordon ligamenteux. Dans un autre, dont parle M. Rayer, le rétrécissement existait au milieu du bulbe, et avait deux à trois lignes de longueur. Il dépendait d'un petit engorgement du tissu spongieux, situé sur le côté gauche du canal. Les engorgements partiels des parois urétrales produisant des rétrécissements sont rares en cet endroit, tandis qu'on les rencontre fréquemment dans la portion spongieuse. Je traite en ce moment deux malades qui en sont atteints. Chez tous deux, la tumeur est circonscrite ; elle occupe, chez l'un, toute la face inférieure de l'urètre ; chez l'autre, quoique fort saillante, elle est située au côté gauche du canal, et n'occupe qu'un point ; c'est surtout après qu'on a introduit une bougie qu'elle fait saillie. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 1re part., p. 109.)

Comme nous avons indiqué, chemin faisant, la marche des rétrécissements, nous n'y reviendrons pas ici.

Lésions consécutives des rétrécissements organiques de l'urètre. Il importe de passer maintenant en revue les altérations, qui, sans être liées nécessairement aux rétrécissements comme celles que nous avons examinées, en sont fréquemment la conséquence. Nous allons d'ailleurs retrouver ici l'occasion toute naturelle d'insister sur des points qui n'ont pu être que légèrement touchés.

Afin de mettre de l'ordre dans cette description, nous procéderons d'avant en arrière.

A. *État de l'urètre au-devant du rétrécissement.* Nous avons vu qu'ordinairement l'urètre se resserre, diminue de calibre, se rétrécit enfin au-devant du rétrécissement. C'est ce qui arrive presque toujours à la suite des coarctations anciennes. Mais il y a des exceptions ; quelquefois, souvent même, l'urètre conserve sa largeur normale ; et, ce qui est très-rare, il se dilate devant l'obstacle. Cette dilatation exceptionnelle est une lésion à part, encore mal connue dans sa nature, et qu'il ne serait pas aisé de faire entrer dans nos théories pathogéniques. Dans une pièce dessinée par Ch. Bell, cette dilatation était énorme. Il faut cependant avouer un doute à ce sujet comme à celui des ulcérations du gland, signalées par le même auteur, c'est qu'il ne nous paraît pas prouvé que ces altérations ne fussent pas indépendantes des rétrécissements. Il ne reste donc de bien nettement établi, comme lésion secondaire au-devant de la coarctation, que la tendance du canal à diminuer de calibre, la phlogose, les ulcérations ou les végétations de la muqueuse.

B. *État de l'urètre derrière le rétrécissement.* — *a.* La *dilatation* de l'urètre derrière le rétrécissement est très-variable. M. Rayer a trouvé la portion membraneuse assez agrandie pour loger une grosse noix. Dans un cas observé par Brodie, la dilatation donnait lieu à une tumeur du volume d'une orange. Nous avons vu ailleurs que cette ampliation en poche, avait quelquefois été prise pour la vessie, et qu'on n'avait fait que vider ce renflement avec la sonde quand on croyait avoir pénétré dans le réservoir urinaire.

L'aspect du canal dans le point élargi se présente sous deux formes ; tantôt ses parois ont simplement augmenté de largeur ; tantôt elles sont altérées, ramollies, ou en partie détruites, et n'offrent plus en dedans, à la place de la texture normale que des débris filamenteux, comme dans le cas cité par M. Rayer. Cette dilatation existe presque exclusivement à la région membraneuse ; cependant Shaw l'a vue dans la spongieuse

derrière un rétrécissement qui se joignait au gland. La partie spongieuse admettait le doigt dans son calibre agrandi. M. Civiale cite un cas de ce genre.

Voici un exemple curieux de la dilatation de l'urètre derrière le rétrécissement.

Obs. 10. « Un homme, âgé de cinquante ans, qui avait eu plusieurs gonorrhées, ressentait fréquemment de la difficulté à uriner. Le jet des urines était fin, souvent bifurqué, et quelquefois interrompu. Un jour, après des efforts pour rendre ses urines, il sentit un peu de douleur dans l'urètre, et s'aperçut d'une petite grosseur au-dessous du scrotum. Naturellement dur au mal, et occupé de ses affaires, il négligea sa maladie. La tumeur fit insensiblement des progrès, parvint, dans l'espace d'un an, au volume d'un gros œuf de poule, en s'étendant dans le scrotum. Éprouvant alors plus de difficulté à uriner, et craignant un plus grand accroissement de la tumeur qui le gênait en marchant, il vint me consulter. On ne pouvait se tromper sur la nature de cette tumeur; elle occupait une partie du périnée et du scrotum sur le trajet de l'urètre ; elle était indolente, sans changement de couleur aux téguments, qui paraissaient calleux et durs au toucher; elle devenait tendue et rénitente quand le malade urinait, et elle l'obligeait alors d'y porter la main pour se procurer du soulagement et faciliter l'expulsion des urines. En continuant la compression, après avoir satisfait au besoin d'uriner, il sortait des urines, mais goutte à goutte, et la tumeur se réduisait à peu près aux deux tiers de son volume. Je conseillai au malade l'usage des bougies; je lui en mis une sur-le-champ. L'introduction en fut difficile. Les parois du canal étaient rétrécies, et formaient des nodosités depuis la fosse naviculaire jusqu'au siége de la tumeur. De retour chez lui, il éprouva une si forte cuisson dans l'urètre, qu'il retira la bougie. Il urina cependant avec moins de peine; il se mit dans un bain, et se trouva soulagé. Le soir, je le déterminai à continuer l'usage des bougies, à mettre un cataplasme de farine de lin sur le scrotum et le périnée, dont la peau était endurcie; à prendre des boissons adoucissantes, et à ne point sortir pendant une quinzaine de jours. L'introduction des premières bougies fut douloureuse, le canal s'enflamma ; il en suinta une humeur puriforme ; ensuite les urines coulèrent avec moins de difficulté; la tumeur devint moins volumineuse, et n'exigea presque plus de compression pour faciliter leur issue; enfin, vers la septième semaine, le canal fut libre, les urines sortirent à gros jet, et à peine distinguait-on la tumeur au périnée. Il y restait encore des duretés qui se dissipèrent par des frictions mercurielles, faites sur cette partie. Cet homme satisfait a continué l'usage des bougies pendant trois mois, mais il ne les laissait qu'une heure le matin et le soir ; puis il n'en mit que tous les deux ou trois jours, et enfin une ou deux fois par semaine pendant près d'un an. Je l'ai revu plusieurs fois depuis ce temps ; il ne s'est point reformé de tumeur ; les urines sortent avec liberté et à plein canal. » (Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires*, t. II, p. 243.)

Nous avons dit que Brodie avait vu une dilatation du canal derrière le rétrécissement, laquelle ressemblait presque par son volume à une seconde vessie. Dans les deux cas, la poche manquant de ressort ne se vidait pas spontanément, et, quand elle ne donnait plus rien, la compression en complétait l'évacuation. C'est là un bon caractère symptomatique.

Au lieu d'une dilatation uniforme de la portion membraneuse du canal, ce sont, dans quelques cas assez rares, des espèces de *cellules urétrales*, des poches latérales qui se forment par suite de la dilatation inégale ou de la destruction partielle du canal, de la paroi supérieure ou des côtés, où elles se rencontrent communément.

Obs. 11. « Il s'est présenté, dans le service des calculeux, un phthisique affecté en même temps d'une maladie des organes urinaires, contre laquelle on avait employé sans succès divers traitements, ce qui fit croire que la vessie pouvait contenir un corps étranger. Un examen attentif me convainquit qu'il n'y avait point de pierre ; mais il existait une petite fis-

tule urinaire à un pouce du gland ; l'urètre était excessivement irritable et ne pouvait admettre qu'une sonde du plus petit calibre. Tout traitement se trouvait contre-indiqué par l'état de la poitrine ; le malade passa dans un service de médecine, où il succomba. On reconnut, à l'ouverture du corps, qu'à l'endroit correspondant à l'orifice interne de la fistule urétrale, les parois de ce canal étaient plus épaisses et plus dures, et que, dans tous les points traversés par la fistule, elles étaient converties en un tissu blanc très-consistant, d'une texture fort serrée. L'urètre était rétréci, resserré dans toute son étendue, à l'exception du voisinage de la prostate, où existaient plusieurs poches urétrales, dont une, du côté gauche, et beaucoup plus profonde, s'étendait entre la prostate et le rectum. L'orifice de cette poche était triple, ou plutôt trois ouvertures, séparées par deux petites bandes, l'une transversale et l'autre oblique de dehors en dedans et d'avant en arrière, communiquaient dans la cavité. Les autres poches, plus petites, n'avaient chacune qu'une ouverture arrondie, mais dirigée d'avant en arrière. Cette disposition, presque constante dans les cellules urétrales, est d'autant plus remarquable qu'elle se trouve pour ainsi dire en opposition avec la direction de l'effort auquel on les attribue. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 1re partie, p. 122.)

b. *Inflammation de la muqueuse derrière le rétrécissement.* Lorsque le travail pathologique qui a présidé à la formation du rétrécissement est terminé, et que le rétrécissement est en quelque sorte parvenu à maturité, l'inflammation disparaît de ce point ; mais elle ne s'éteint pas, elle se déplace ; elle se porte surtout en arrière de la coarctation. On le conçoit, en se rappelant l'effort de l'urine poussée violemment derrière l'obstacle par une vessie presque toujours hypertrophiée. Cette lésion de la muqueuse se révèle pendant la vie par un écoulement, qui, d'après M. Civiale, a plutôt sa source dans cette membrane que dans la prostate. A l'autopsie on trouve des rougeurs, des stries, des rugosités, des ramollissements ; c'est même ce dernier état de la membrane muqueuse qui a porté M. Lallemand à employer le caustique. Il n'est pas rare non plus de la trouver ulcérée en un ou plusieurs points ; M. Civiale l'a vue percée à jour comme un crible. Ces petites ulcérations sont souvent l'origine de fistules urétrales. Sur une des pièces du cabinet de Hunter, quatorze fistules tamisent pour ainsi dire la membrane muqueuse. Ce n'est là, bien entendu, que l'exception ; quand il se forme une perforation derrière le rétrécissement, ordinairement elle est unique. On sait que le trajet de ces fistules, sur lesquelles nous reviendrons, est dans la grande majorité des cas par le périnée. Ch. Bell a vu une fois l'urine partir de derrière le rétrécissement, arriver dans le corps caverneux, et rendre ainsi la verge plus volumineuse que le scrotum. A l'ouverture d'un autre malade, le même chirurgien rencontra derrière une forte coarctation une ulcération avec abcès dans le corps caverneux et sans communication avec l'urètre.

Enfin, il peut y avoir encore à la muqueuse des excroissances diverses ; et suivant les Anglais, un dépôt de lymphe coagulable à sa surface.

c. *Abcès dans les parois de l'urètre.* Les altérations de la muqueuse derrière le rétrécissement sont assez souvent suivies d'abcès dans les parois de l'urètre. C'est un accident important dont nous traiterons plus loin séparément.

d. *Crevasses de l'urètre.* Les déchirures de l'urètre derrière le rétrécissement se font quelquefois en quelque sorte violemment pendant des efforts excessifs de miction ; mais elles sont presque toujours préparées par de petits abcès dans les parois urétrales, dont la résistance se trouve ainsi affaiblie. — Nous reviendrons plus loin sur ce point, ainsi que sur l'*infiltration* et les *fistules urinaires.*

e. La *prostate* est en général gravement enflammée par le rétrécissement ; elle se prend rarement d'inflammation aiguë, le plus souvent chronique, des abcès s'y développent ; on a parlé de son hypertrophie ; ces complications rendent le diagnostic et le traitement plus difficiles. Nous ne nous arrêterons pas plus longtemps ici aux altérations de la prostate

précédemment étudiées avec tout le soin qu'elles réclament.

Lésions de la vessie dans les rétrécissements organiques de l'urètre. L'effet le plus ordinaire du rétrécissement de l'urètre sur la vessie, c'est la dilatation avec hypertrophie de ce viscère ; dilatation uniforme, comme dans le cas cité de M. Budd, ou partielle et inégale, comme sur un grand nombre de pièces que possèdent les musées de Londres. Nous ne pouvons revenir ici, ni sur la vessie à cellules, ni sur l'hypertrophie de la vessie ; nous devons nous borner à signaler les rétrécissements de son canal excréteur comme une des causes les plus fréquentes de sa déformation et du développement anormal de sa tunique charnue, et quelquefois de son atrophie, comme l'a établi M. Civiale.

Le séjour prolongé d'une urine concentrée sur la surface interne de son réservoir, l'irrite et l'enflamme ; aussi le catarrhe est-il une complication commune du rétrécissement. — Nous insistons d'autant moins ici sur toutes ces altérations que nous serons obligés d'y revenir en traitant de la *rétention d'urine* ; car c'est en effet cette rétention, quelle qu'en soit l'origine, qui les produit mécaniquement ou physiquement par l'agacement d'une urine chargée de sels, etc.

Lésions des uretères dans les rétrécissements organiques de l'urètre. Nous en dirons autant des altérations de l'uretère, qui consistent le plus souvent dans une dilatation uniforme ou noueuse de ce tube, avec ou sans hypertrophie de ses parois, qui sont quelquefois amincies.

Lésions des reins dans les rétrécissements organiques de l'urètre. Les reins se dilatent par la compression excentrique de l'urine ; cette atrophie peut même aller assez loin pour réduire la glande à l'état d'une simple poche, ainsi que nous en avons cité des exemples à l'article des *maladies des reins*. Ils peuvent s'enflammer et devenir le siége d'abcès ordinairement multipliés, quelquefois latents, et qui enlèvent le malade au moment où on pourrait le croire sauvé. Nous avons encore rapporté des cas de ces abcès larvés du rein, si insidieux, et auxquels il est si important de faire attention avant les opérations qu'on dirige contre la pierre. C'est une complication que le traitement, que le pronostic surtout doivent toujours prévoir.

Lésions de l'appareil génital dans les rétrécissements organiques de l'urètre. L'orchite est si souvent la conséquence des rétrécissements et des moyens de traitement employés contre eux, cette inflammation du testicule offre un tel intérêt pratique, que nous y consacrerons plus loin un article à part.

La tuméfaction du prépuce est un accident assez commun. Nous ne parlons pas de celle qui est due à l'infiltration de l'urine, mais de celle qui se développe symptomatiquement par un effet inconnu du rétrécissement ou d'une affection du col vésical. Nous venons d'en voir un exemple remarquable à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Vidal de Cassis. Cette infiltration séreuse du prépuce a eu lieu à la suite d'une injection de nitrate d'argent à haute dose, destinée à combattre un écoulement blennorrhagique. Il ne faudrait pas confondre cette tuméfaction sympathique avec celle qui résulte d'une infiltration d'urine, méprise dans laquelle on serait tombé, ainsi que Charles Bell le donne à penser. La dureté plus considérable de la tuméfaction urineuse, l'inflammation érysipélateuse qui ne tarde pas à s'en emparer, etc., la feraient en général sûrement distinguer. Dans la note suivante, M. Civiale rapproche l'un de l'autre un cas de chacune de ces affections.

Obs. 12. « Au commencement de 1841, il s'est présenté, dans le service des calculeux, deux malades affectés de rétrécissements et de grandes difficultés d'uriner, qui avaient l'extrémité de la verge très-dure et très-volumineuse ; chez l'un d'eux l'induration occupait le gland et le prépuce dans l'étendue de treize lignes environ : elle était la conséquence d'un rétrécissement fort long et très-ancien, que je fus obligé d'inciser profondément à plusieurs reprises. Chez l'autre, le gonflement énorme du prépuce, avec induration extrême, se rattachait à une véritable infiltration d'urine et à des fistules. » (Civiale, *lieu cité*, première partie, p. 141.)

On observe aussi mais rarement, il faut le dire, un développement extraordinaire de la verge, qui semble dû à des altérations profondes du col de la vessie, ou de la partie la plus reculée de l'urètre. Charles Bell a figuré cette altération, que M. Civiale a également rencontrée. Il y en a des cas très-nets qui ont été parfaitement distingués de cette augmentation de volume et de longueur du pénis, produite par les tractions qui sont exercées sur cet organe dans l'onanisme ou quand il y a une pierre dans la vessie. Ce qui rend cette distinction facile, c'est que dans les rétrécissements organiques de l'urètre, la verge n'est pas simplement hypertrophiée, mais elle est empâtée et dure, tandis qu'elle ne l'est point dans les deux circonstances que nous venons de rappeler. Nous le répétons, c'est une rare altération, et de bien peu d'importance pratique à côté des désordres dont elle est la conséquence.

Symptômes des rétrécissements organiques de l'urètre. — a. *Troubles de l'excrétion urinaire.* Il va sans dire que la diminution de calibre du canal diminue le diamètre du courant liquide qui le parcourt. Aussi le premier symptôme un peu tranché qui accuse un rétrécissement de l'urètre, c'est la diminution du jet de l'urine.

« Le jet de l'urine peut affecter diverses formes, suivant le degré d'occlusion du rétrécissement : au début il est aplati comme une lame, ensuite il s'échappe en spirale, puis il est bifurqué, plus tard il sort en arrosoir ; enfin il est remplacé par un écoulement goutte à goutte. » (Leroy-d'Étiolles, *l. cit.*, p. 97.)

Suivant M. Civiale, deux états différents de la vessie peuvent modifier en sens inverse le jet urinaire. « Il est un fait important, sur lequel je ne saurais trop appeler l'attention des praticiens. Dans la majorité des cas, à mesure que les parois du canal se resserrent, et que l'obstacle au passage de l'urine augmente, les parois de la vessie s'hypertrophient, et le pouvoir expulsif du viscère augmente, de sorte que, pendant long-temps, l'équilibre entre la puissance et la résistance se maintient, et que la coarctation urétrale ne produit pas, eu égard à l'excrétion de l'urine, un trouble proportionné à son degré de développement. Mais, dans d'autres circonstances, au lieu de s'hypertrophier, les parois de la vessie s'atrophient en quelque sorte, s'appauvrissent, s'affaiblissent, quand un rétrécissement ne permet pas à l'organe de se débarrasser librement de son contenu, et alors l'urine ne peut même plus être chassée avec autant de force que dans l'état normal. On comprend sans peine que de deux conditions si opposées doivent résulter des différences énormes dans la manière dont le liquide est expulsé, et dans les désordres dont la partie profonde de l'urètre devient le siége derrière la coarctation. C'était là pourtant une particularité dont on n'avait tenu, pour ainsi dire, aucun compte. J'ai cherché à remplir cette lacune dans un chapitre du troisième volume de ce traité, et dans mon ouvrage sur l'affection calculeuse (1).

» Si maintenant nous appliquons à l'étude des troubles fonctionnels de la vessie, dans les cas de rétrécissement urétral, les considérations qui se rattachent aux deux états différents dans lesquels ce viscère peut se présenter quand il est sorti des conditions normales, nous verrons que, toutes choses égales, le jet de l'urine, chez un sujet atteint de coarctation, se maintient d'autant plus gros, plus arrondi et plus soutenu, que le pouvoir expulsif du viscère aura augmenté davantage ; le contraire aura lieu dans la circonstance inverse. Nous comprendrons aussi pourquoi il ne faut pas juger du degré d'étendue et d'épaisseur du rétrécissement d'après le volume que conserve encore le jet de l'urine. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 1re partie, p. 165.)

En établissant que la vessie peut se présenter dans ces deux états opposés, l'auteur entend que l'atrophie est l'exception et l'hypertrophie la règle. Il en est, en effet, ici comme pour tout viscère qui lutte contre un obstacle, sa force augmente, en général, avec la résistance qu'elle a vaincue.

Tous ces degrés d'altération du jet de l'urine n'appartiennent pas exclusive-

(1) D'autres auteurs en ont parlé.

ment aux rétrécissements organiques de l'urètre ; ils se retrouvent dans l'hypertrophie de la prostate, quand il y a une pierre dans l'urètre ou dans la vessie, dans le spasme de l'urètre, etc. Ils sont donc loin d'être caractéristiques. Suivant M. Leroy-d'Étiolles, le retard des dernières gouttes d'urine à sortir du canal serait plus significatif. Le *dernier coup de piston* a besoin de se répéter pour leur faire franchir le rétrécissement ; elles viennent mouiller la chemise du malade qui croyait avoir fini d'uriner.

Les besoins fréquents d'uriner n'ont guère lieu que lorsque la maladie est déjà ancienne, à moins d'une complication qui mette la vessie dans un état d'irritation. Il est des cas où, quelle qu'en soit la cause, la fréquence du besoin d'uriner est telle qu'elle fait le tourment du malade, comme dans l'observation suivante.

Obs. 15. « M. Bienvenu, âgé de soixante-six ans, éprouva, dès l'âge de vingt-six ans, tous les symptômes du rétrécissement de l'urètre ; la difficulté d'uriner fut toujours croissante. Il fit souvent usage de bougies ; mais comme il ne put jamais les faire entrer jusque dans la vessie, il n'éprouva que peu de soulagement de leur emploi. A quarante ans, ses urines commencèrent à devenir bourbeuses et à entraîner des glaires qui obstruaient le canal et rendaient l'excrétion des urines encore plus pénible. Il éprouvait constamment des pesanteurs et des douleurs plus ou moins vives dans les lombes, les aines et à la région du petit bassin. Le moindre écart de régime, surtout l'usage un peu copieux de boissons alcoolisées augmentaient toutes ses souffrances. Il observait en conséquence le régime le plus sévère, s'abstenait de vin, prenait habituellement des bains de siége, et quand ses douleurs s'exaspéraient, l'application des sangsues à l'anus lui procurait quelque soulagement.

» Lorsqu'il se confia à mes soins, il n'urinait que goutte à goutte, avec des efforts considérables, et ne rendait à la fois que cinq ou six cuillerées d'urine bourbeuse. Il urinait très-souvent, jusqu'à douze ou quinze fois chaque nuit. Voici comme il décrivit lui-même la chose dans une note qu'il me remit sur sa maladie :

« Je me couche ordinairement à dix » heures, j'urine avant de me mettre au » lit ; au bout d'un quart d'heure j'urine » de nouveau, mais peu. J'ai observé » qu'en urinant plusieurs fois avant de » me mettre au lit, je n'en suis pas moins » obligé de me relever un quart d'heure » après pour uriner encore.

» Je ne dormais précédemment que » jusqu'à deux heures du matin, mais » depuis près de deux années, mon som» meil, quoique pénible et troublé par » les douleurs qui accompagnent le be» soin d'uriner, se prolonge jusqu'à trois » heures : alors le besoin d'uriner devient » très-pressant, et, pendant deux ou » trois heures que je reste encore au lit, » je me relève dix ou douze fois pour » uriner. Je passe ces deux ou trois » heures dans un très-grand malaise, » combattant entre le sommeil et le be» soin d'uriner : aussi je suis en me » levant presque aussi fatigué qu'en me » couchant. Quand je me lève j'urine » encore plusieurs fois en peu de temps, » et il me semble qu'en marchant et en » agissant je facilite la sortie de l'urine. »

» Je commençai le traitement de ce malade le 5 décembre 1820 ; je reconnus un rétrécissement à cinq pouces deux lignes du méat urinaire ; l'ouverture de ce rétrécissement était à la partie supérieure, et je ne pus introduire une bougie qu'à l'aide d'un conducteur. Ayant un peu dilaté ce rétrécissement, j'y appliquai le caustique ; après la troisième application, une bougie nº 6 alla jusqu'à six pouces du méat urinaire ; l'excrétion de l'urine était un peu plus facile. Je dilatai deux fois le point cautérisé avec un dilatateur de quatre lignes de diamètre, et la sonde exploratrice arriva avec facilité sur le second rétrécissement dont l'ouverture était au centre. Deux applications suffirent pour détruire ce rétrécissement, et les instruments allèrent jusqu'à six pouces six à sept lignes, où il en existait un troisième ; l'urine coulait avec plus de facilité, mais par un jet non arqué.

» Le troisième rétrécissement fut touché quatre fois, et détruit comme les pré-

cédents. Ce rétrécissement était beaucoup plus sensible que les autres, et une grande quantité de glaires et de mucosités fut évacuée en quelques heures après que l'eschare de la première application fut détachée. Ces deux circonstances m'inspirèrent les réflexions suivantes, que je retrouve sur mon cahier d'observations : les deux premiers rétrécissements étaient peu sensibles ; le dernier l'étant beaucoup, cela ne proviendrait-il pas de ce que les premiers n'avaient point à supporter le choc des urines, qui ne leur arrivaient qu'en petite quantité, tandis que l'autre, recevant immédiatement ce liquide de la vessie, en supportait le poids et le choc et se trouvait de la sorte plus irrité, et conséquemment plus sensible que les deux autres rétrécissements ? S'il en était ainsi, l'insensibilité d'un rétrécissement ne serait-elle pas une preuve qu'il en existe un autre derrière lui, et réciproquement ? Depuis que j'ai fait cette remarque, je l'ai souvent trouvée juste, sans que je puisse toutefois l'ériger en principe. La grande quantité de glaires et de mucosités, qui fut évacuée immédiatement après la destruction du dernier rétrécissement, prouve, d'une manière non équivoque, qu'il se fait dans la vessie une collection de ces matières, comme je l'ai expliqué page 71, et que le rétrécissement fait en quelque sorte, qu'on me passe la comparaison, l'orifice d'écumoir, laissant passer l'urine et les mucosités les plus ténues, et retenant les autres jusqu'à ce qu'elles soient divisées par le mouvement ou la décomposition.

» Le dernier rétrécissement étant détruit, je pus introduire avec facilité une grosse bougie dans la vessie. La présence de cet instrument causa de l'irritation au col de la vessie, et pendant deux jours le malade urina plus souvent que de coutume. Cette petite irritation étant passée, je dilatai, tous les deux jours, les points cautérisés, afin d'obtenir une cicatrice suffisamment large. Le malade urinait avec facilité, sans efforts, par un jet assez volumineux, mais non arqué. Il ne se relevait que quatre ou cinq fois dans la nuit au lieu de douze ou quinze.

» J'avais à diverses reprises porté le doigt dans le rectum, afin de m'assurer de l'état de la prostate. Cette glande avait le volume et la forme d'un cœur de mouton ; sa surface n'était point bosselée comme dans le cas précédent ; mais en la pressant, même légèrement, on causait de la douleur. Mon estimable ami et collègue, M. Dagoumer, qui avait suivi fort assidument le traitement dont je viens de rendre compte, pensa, comme moi, que des frictions mercurielles sur la partie du rectum adossée à la prostate pourraient avoir un résultat avantageux. En conséquence, nous prescrivîmes de frotter chaque jour la partie précitée avec gros comme un haricot de la pommade suivante :

Axonge.	℥ j.
Calomélas porphyrisé. . .	ʒ j.

Mêlez exactement.

» Le malade fit en même temps usage d'une légère infusion d'*uva ursi* et de racine de guimauve mondée. Ce traitement eut un succès marqué : le malade garda mieux ses urines et rendit beaucoup moins de glaires qu'auparavant.

» Il y a dix-huit mois que les trois rétrécissements que M. B... avait dans l'urètre ont été détruits par mon procédé curatif. Voulant m'assurer de l'état de son canal, j'y ai introduit une bougie à ventre de trois lignes de diamètre ; elle est arrivée avec facilité jusque dans la vessie. Cette circonstance est bien importante et en même temps bien satisfaisante pour moi ; car quel individu peut être plus prédisposé à une rechute que celui qui fait le sujet de cette observation ? En effet, l'urine, sortant par un jet faible, distend peu le canal, et ce moyen naturel de la dilatation peut être considéré comme nul chez lui. L'irritation, dont la prostate et la vessie sont le siége, se propage plus ou moins aux parties circonvoisines, et peut, en agissant sur un canal prédisposé aux affections morbides, donner lieu à de nouvelles indurations et à la formation de nouveaux rétrécissements. Loin de cela, le canal est lisse et uni, et la bougie le parcourt avec la plus grande facilité.

» Les frictions faites dans le rectum avec la pommade au calomélas, ayant

été évidemment utiles au malade, je l'ai engagé à introduire, au moyen de la bougie à ventre de trois lignes de diamètre, gros comme un pois de cette pommade dans le col de la vessie ; pour cela, j'ai pratiqué plusieurs trous à un demi-pouce de l'extrémité de la bougie ; il remplit ces trous avec la pommade en question ; il introduit la bougie tous les soirs et la garde pendant quelques minutes afin que la pommade ait le temps de se fondre. Il n'a commencé ce traitement que depuis cinq ou six jours ; je ne puis conséquemment en indiquer le résultat. » (Ducamp, p. 279.)

Dans le cas contraire, la fréquence des lésions ne se montre que plus tard, lorsque le rétrécissement livrant un passage insuffisant à l'urine prolonge indéfiniment les efforts d'expulsion et fatigue le viscère. Le réservoir ne se désemplissant pas à chaque fois, on est obligé d'y revenir plus souvent. La rétention peut être complète.

Ajoutons que l'incontinence peut avoir lieu dans les rétrécissements organiques de l'urètre par plusieurs mécanismes, que nous expliquerons plus loin.

Le trouble des urines vient de deux causes : de ce que, par leur séjour prolongé dans leur réservoir, elles se concentrent, et de ce que, concentrées, elles offensent la muqueuse vésicale, qui vient y mêler les produits que sécrète sa surface enflammée.

b. *Ecoulement urétral.* La blennorrhée produit le rétrécissement ; puis plus tard le rétrécissement produit la blennorrhée. C'est un fait sur lequel les auteurs sont d'accord ; mais ils ne le sont plus pour son origine. Benjamin Brodie en place le siége dans la partie de l'urètre située entre le rétrécissement et le gland. MM. Civiale et Leroy-d'Étiolles le placent derrière le rétrécissement. M. Leroy a imaginé un instrument très-simple pour apprécier ce siége. C'est une petite bougie à boule, logée dans une sonde ouverte à son extrémité vésicale. La bougie est munie, près de sa boule, d'un petit morceau d'éponge, reçu dans la sonde. L'instrument étant fermé, l'éponge est cachée dans le tube. On introduit alors l'instrument jusqu'au bulbe ; on fait alors sortir l'éponge en enfonçant la bougie qui la porte ; puis on retire l'instrument qui balaie ainsi la partie spongieuse de l'urètre. On répète plus ou moins cette manœuvre, suivant l'état de l'éponge à la dernière sortie (fig. 1.)

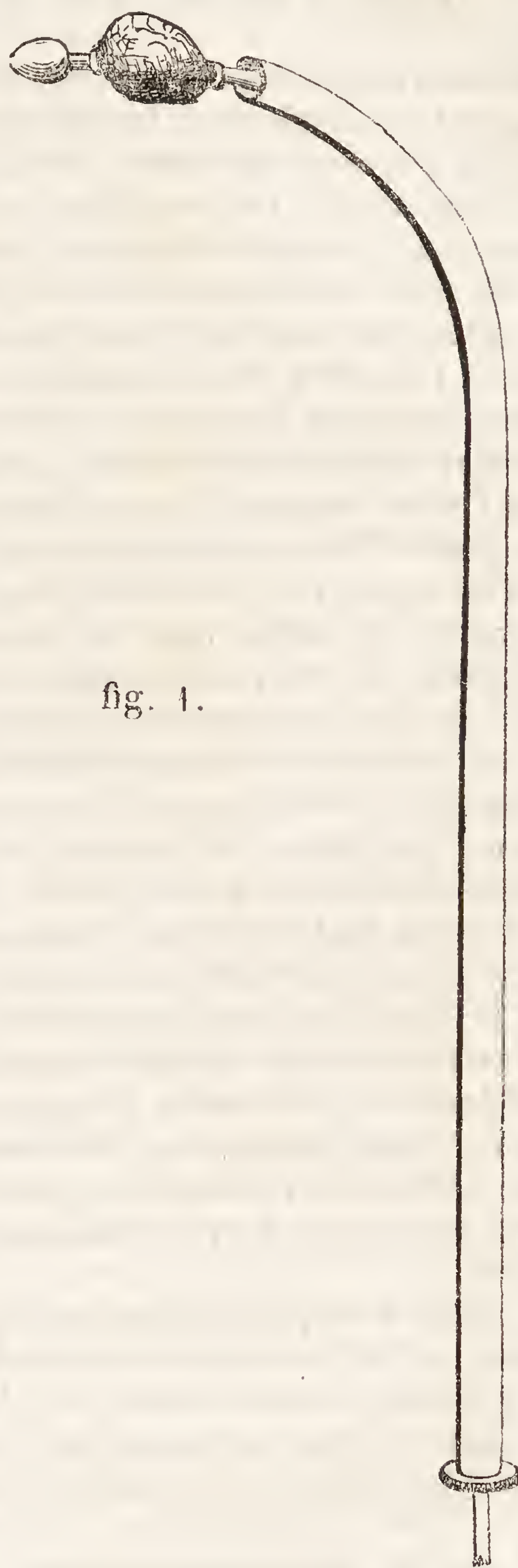


fig. 1.

» J'introduis ensuite une bougie à boule jusqu'au col de la vessie : par sa disposition, elle racle, comme le pourrait faire un râteau, les parois du canal. Si elle ramène des mucosités, il est évident qu'elles proviennent des régions membraneuse et prostatique. Veut-on préciser encore davantage et savoir laquelle de ces deux régions les fournit ; l'on essuie la portion membraneuse avec l'éponge, comme on l'a fait pour la

portion spongieuse : si la bougie à boule portée jusqu'au col ne ramène plus rien, c'est que la portion membraneuse est le siége de l'écoulement ; si elle revient chargée de matière, c'est la prostatique. » (Leroy-d'Étiolles, *loco cit.*, p. 100.)

Les hémorrhoïdes, les hernies, etc., accompagnent et compliquent les rétrécissements de l'urètre; mais nous n'insisterons point ici sur ces accidents, qui sont l'apanage de toute rétention d'urine, quelle qu'en soit la cause. Il n'en est pas de même du désordre qui se manifeste dans l'appareil de la génération. Outre le gonflement du testicule, sur lequel nous reviendrons séparément, comme nous l'avons annoncé, l'excrétion du sperme peut offrir un double dérangement : il est tantôt retenu derrière le rétrécissement, et reflue dans la vessie pour ne sortir qu'avec l'urine, tantôt son excrétion répétée constitue de véritables pertes. On conçoit du reste que ces deux états peuvent coïncider, c'est-à-dire que la semence peut être à la fois trop fréquemment chassée de son réservoir et s'arrêter cependant derrière l'obstacle qui au moins diminue l'élan de son jet ; et alors le liquide ne sort qu'en bavant. L'hyperexcrétion de la semence constitue sans doute un phénomène plus grave que son excrétion incomplète. Voici comment M. Lallemand envisage ces pollutions symptomatiques des rétrécissements de l'urètre :

« On a bien noté que l'éjaculation était empêchée par les coarctations du canal, et que le sperme sortait ensuite avec les urines; mais ce n'est là qu'une des circonstances les moins importantes à considérer.

» On conçoit facilement que l'irritation de la membrane muqueuse de la portion prostatique s'étende aux canaux éjaculateurs, aux vésicules séminales, etc., comme nous avons vu qu'elle s'étendait à la prostate ; et la preuve, c'est l'engorgement fréquent du testicule à la suite des rétrécissements, accident déjà noté par les auteurs. Il résulte de cet état d'irritation des réservoirs de la semence et des canaux excréteurs, que l'acte du coït est promptement suivi de l'éjaculation, que les malades ont de fréquentes pollutions nocturnes, et que, dans l'un et l'autre cas, la sensation voluptueuse est souvent accompagnée d'une douleur plus ou moins vive. Plus tard l'irritation venant à augmenter, l'émission de la semence a lieu dans un état de demi-érection, et enfin sans aucune espèce de sensation qui puisse prévenir le malade des pertes habituelles qu'il éprouve quand il contracte la vessie et les muscles du périnée pour expulser les dernières gouttes d'urine, et dans les efforts qu'il fait pour aller à la selle. C'est alors qu'il perd l'appétit, que les digestions deviennent laborieuses, accompagnées de flatuosités, qu'il maigrit et s'affaiblit d'une manière sensible au physique et au moral.

» Cette complication paraît être très-fréquente, puisque, sur treize malades que j'ai traités, quatre étaient dans ce cas. » (Lallemand, *Observations sur les maladies des organes génito-urinaires*, I[re] part., p. 158.)

Nous devons rapprocher de ce passage de M. Lallemand le suivant, que nous empruntons à M. Leroy-d'Étiolles.

« Les pertes séminales toutefois ne sont pas aussi fréquentes qu'on l'avait cru d'abord. Le microscope a fait voir que le fluide prostatique altéré, que le produit de certains catarrhes du col de la vessie, pouvaient être confondus avec le sperme; qu'il se développe dans ces fluides des corpuscules brillants, paraissant doués de mouvements spontanés, dont j'ai adressé la description à l'Académie des sciences, et qui ont bien pu être pris pour des zoospermes incomplets. Mais qu'importe ! l'état inflammatoire de la prostate, des canaux éjaculateurs, des vésicules séminales et du col de la vessie, a réellement les graves conséquences indiquées par M. Lallemand, et le meilleur moyen de les combattre que nous possédions jusqu'à ce jour est celui qu'il a indiqué. Je reviendrai sur ce sujet lorsque je parlerai du traitement des écoulements urétraux.» (Leroy-d'Étiolles, *lieu cité*, p. 104.)

Outre cette altération, le sperme en offre quelquefois une autre qui résulte d'un mélange. Il arrive qu'il est coloré

par le sang. Cette circonstance n'est pas tellement rare que M. Leroy-d'Étiolles ne l'ait observée sur onze malades. Les auteurs ne sont pas d'accord sur la source de ce sang : les testicules, les vésicules séminales, la prostate et l'urètre ont été tour à tour donnés comme le siége exclusif de ces hémorrhagies. Tous ces points peuvent en être à la fois ou séparément accusés. Le chirurgien que nous venons de citer a vu un cas où les organes que nous avons énumérés avaient tous contribué à l'écoulement sanguin.

Après avoir exposé les troubles fonctionnels, nous passerons, à l'exemple de M. Civiale, à certaines lésions organiques déjà mentionnées, qui peuvent être considérées comme des symptômes, bien qu'elles soient peu propres à faire soupçonner un rétrécissement. Il n'y a que la dilatation de l'urètre derrière l'obstacle qui fasse exception à cette règle, encore est-il rare que cette dilatation soit assez avancée pour qu'elle se révèle à l'extérieur.

Nous rappellerons à cet égard la tuméfaction du prépuce, l'infiltration et les abcès urineux.

Diagnostic des rétrécissements organiques de l'urètre. Les signes rationnels que nous avons passés en revue appartiennent à la rétention d'urine en général, et ne trahissent pas nettement la nature de l'obstacle qui l'occasionne. En effet, les modifications diverses du jet urinaire, sa diminution progressive, son tournoiement, sa bifurcation, sa chute perpendiculaire, etc., s'observent aussi dans les affections de la prostate, dans les calculs du canal de l'urètre, etc. Nous venons de dire la valeur diagnostique de la dilatation de l'urètre située derrière le rétrécissement, voici comment M. Civiale apprécie les autres renseignements que donnent le toucher et la vue.

« Les notions que le toucher fournit n'ont donc pas l'importance qu'on leur a attribuée, puisqu'elles ne sont réellement utiles que quand la coarctation siége près du méat urinaire ou au-devant des pubis; encore même ne deviennent-elles profitables alors qu'autant que le rétrécissement est fort avancé, que les parois urétrales ont subi une véritable induration, et qu'elles font une forte saillie, susceptible d'être reconnue à l'aide du doigt promené le long de la face inférieure de la verge. Cependant le toucher peut encore procurer des données utiles sur l'étendue et la dureté des rétrécissements situés partout ailleurs, lorsqu'on est préalablement parvenu à les faire traverser par une sonde.

» On tiendra compte du gonflement et de l'induration de l'extrémité de la verge, et de l'infiltration du prépuce, qui sont des accidents assez communs dans les rétrécissements anciens, ceux surtout que compliquent des désordres graves derrière le point rétréci. Mais il ne faut pas perdre de vue que ces phénomènes morbides peuvent dépendre d'autres causes, spécialement de plusieurs maladies du col vésical.

» Quant aux inégalités qui se font sentir au périnée, dans la direction de l'urètre, on a eu tort de les prendre pour des indices de rétrécissement. Elles tiennent ou au prolongement bulbaire ou à la coarctation des muscles du périnée. L'urètre est trop profondément situé en cet endroit pour que le toucher puisse faire apprécier la petite saillie à laquelle donnerait lieu un rétrécissement.

» Les infiltrations d'urine qui ont lieu dans le tissu cellulaire du périnée, du scrotum ou des alentours de l'anus, et qui parfois envahissent une étendue considérable, soit vers les extrémités inférieures, soit dans les parois abdominales, sont un phénomène confirmatif de l'existence des rétrécissements. Toujours elles constituent un accident grave sur lequel je reviendrai; mais ici je dois noter à leur égard une particularité remarquable, qui consiste en ce qu'assez souvent elles s'opèrent sans qu'il y ait de crevasse à l'urètre, et qu'après avoir ouvert le dépôt, on est fort surpris de ne pas voir l'urine couler par cette nouvelle voie. Bien des hypothèses peuvent être imaginées pour expliquer un fait si singulier, mais lui-même est incontestable. J'en ai vu deux exemples sur le cadavre : dans l'un surtout, où l'autopsie fut faite avec le plus grand soin, le malade avait eu au périnée un abcès urineux par l'ouverture duquel ne sortit aucune goutte

d'urine ; il succomba quelques jours après à une autre maladie, et l'on ne trouva point de crevasse dans l'urètre.

» Il peut se faire aussi que l'infiltration s'effectue à travers les parois de l'urètre, quoique le rétrécissement soit peu considérable et permette même l'introduction d'une assez grosse sonde. Dans les cas de ce genre qui se sont présentés à moi, l'obstacle à la libre sortie de l'urine me parut devoir être attribué plutôt au défaut de souplesse et d'élasticité des parois du canal qu'au rétrécissement lui-même. L'infiltration d'urine est donc, comme le catarrhe vésical, susceptible d'induire le praticien en erreur, quand il se borne à évaluer le peu de difficulté qu'il rencontre à introduire la sonde ; car l'expérience constate que, malgré la perméabilité de l'urètre, les désordres tiennent essentiellement à son état de maladie.

» Dans quelques circonstances, il y a réellement érosion ou crevasse du canal. L'infiltration a lieu alors d'une manière plus prompte et en quelque sorte instantanée : après l'ouverture du dépôt, l'urine sort par la plaie, et, quand le passage de ce liquide continue pendant long-temps, il résulte de là des fistules urinaires, dont l'existence peut, par conséquent, être considérée comme un signe de celle des coarctations urétrales. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 1re partie, page 169.)

Comme c'est surtout dans la pratique de la méthode de Ducamp qu'on a insisté sur l'utilité de la connaissance exacte des dimensions de l'urètre, nous allons nous en occuper en ce moment, sans préjuger de l'importance de ces mesures.

Dimensions de l'urètre.

Longueur de l'urètre. Les partisans de la cautérisation ont attaché une grande importance à la connaissance exacte de la longueur de l'urètre ; mais les chirurgiens, pas plus que les anatomistes, ne s'accordent sur ce point : suivant Boyer, la longueur moyenne de ce canal serait de douze pouces, tandis que selon M. Malgaigne il n'en aurait que six. Il paraîtrait, d'après des mesures récentes, que les moyennes prétendues seraient au contraire les deux extrêmes, et que la moyenne réelle et variable serait entre ces deux points, c'est-à-dire sept pouces, huit pouces.

Quant à la largeur du canal, en voici le tableau d'après deux auteurs. Le premier est de sir Everard Home, le second de M. Leroy-d'Étiolles.

	SUJETS DE 80 ANS.	SUJETS DE 30 ANS.	
A la distance de 9 lignes	5 lign.	4 lign.	
— de 4 pouces 9 lignes.	4	4 1/2	
— de 6 pouces 1/2 (bulbe). . . .	7	5 1/2	
Au commencement de la portion membraneuse.	4	2 1/4	(Il y avait un rétrécissem.)
A 7 pouces 9 lignes près de la prostate. . . .	5	4	
A 8 p. au commencement de la portion prostatiq .	4	3 1/2	
A 8 p. 3 lig. au centre de la portion prostatique.	6	5 1/2	
A 8 p. 1/2 au col de la vessie.	5	4 1/2	

En injectant du plâtre et prenant les différents diamètres du moule, voici les résultats que MM. Leroy-d'Étiolles et Piégu ont obtenus :

	SUJETS DE 60 ANS.	SUJETS DE 30 ANS.
A la distance de 8 lignes	5 lign.	4 lign.
— de 2 pouces	4 1/2	4
— de 5 1/2 à 6 pouces (bulbe) . . .	7	5 1/2
Au commencement de la portion membraneuse.	4	3 1/2
Au commencement de la portion prostatique. .	4 1/2	4 1/2

	SUJETS DE 60 ANS.	SUJETS DE 30 ANS.
Au centre de la portion prostatique.	7 1/2 lign.	7 lign.
A 8 pouces au col de la vessie.	6	5
Ou en mesures nouvelles :		
Profondeur de 18 millimètres.	11 mill.	9 mill.
— 54 —	10	9
— 120 130 (bulbe).	15	12
Au commencement de la portion membraneuse.	18	17 1/2
Au commencement de la portion prostatique. .	10	10
Au centre de la portion prostatique.	17	15 1/2
A 22 centimètres au col de la vessie.	13 1/2	11

Les points les plus étroits sont donc le méat et le commencement de la portion membraneuse. Nous n'insisterons pas sur toutes ces mesures, qui portent sur un élément éminemment variable, et qui sont susceptibles d'une foule d'erreurs; heureusement que cette appréciation n'a point l'importance qu'on lui a attribuée.

Ces quelques mots sur les dimensions de l'urètre étaient nécessaires avant d'aborder ce qui suit.

Exploration des rétrécissements organiques de l'urètre.

L'insuffisance des signes rationnels a mis dans la nécessité, pour le diagnostic comme pour le traitement, de recourir aux moyens d'exploration que nous allons maintenant étudier. Nous allons rapporter à trois chefs les instruments de cette investigation : la sonde exploratrice de Ducamp, les bougies emplastiques et les bougies à boule seront les trois centres vers lesquels nous ferons converger tout ce qui a rapport à chacun d'eux.

1° *Sonde exploratrice.* Ducamp ayant reconnu la profondeur de l'obstacle à l'aide d'une bougie de caoutchouc graduée, s'attacha à apprécier les autres conditions du rétrécissement. Nous ne pouvons mieux faire que de le laisser parler lui-même.

Il s'agit d'abord de juger de l'étroitesse du rétrécissement et du point qu'il occupe sur le diamètre du canal.

« Ayant acquis cette première donnée (le point où commence la coarctation), j'en recherche immédiatement une autre, c'est la situation de l'ouverture du rétrécissement; pour cela, je prends l'empreinte de ce rétrécissement; je me procure en relief la figure de son extrémité antérieure. Je me sers pour cet effet de l'instrument suivant, auquel je donne le nom de *sonde exploratrice.* J'ai des sondes n° 8, 9, 10, ouvertes des deux bouts, sur lesquelles la division du pied est tracée; l'ouverture antérieure de ces sondes doit être de moitié moins grande que l'autre; je prends un morceau de soie plate à tapisserie, j'y fais plusieurs nœuds que je trempe dans de la cire fondue, et j'arrondis cette cire. Je passe, au moyen d'un cordonnet, cette soie dans la sonde, en la faisant entrer par l'ouverture la plus large; arrivé à l'autre ouverture, le bourrelet formé par les nœuds chargés de cire est retenu, tandis que la soie passe et forme à l'extrémité de la sonde un pinceau de duvet très-fin et très-fort. Ou encore je passe le morceau de soie plate à travers quatre petits trous placés près de l'extrémité de la sonde, je les réunis en les nouant ensemble et je les éparpille ensuite en forme d'un pinceau. Je trempe ce pinceau dans un mélange fait avec parties égales de cire jaune, de diachylum, de poix de cordonnier et de résine; j'en mets une quantité suffisante pour que, étant arrondie, elle égale le volume de la sonde; je laisse refroidir cette *cire à mouler*, je la malaxe entre mes doigts, puis je la roule sur un corps poli. Je coupe cette espèce de bougie ajoutée à la canule de gomme élastique, à deux lignes de l'extrémité de cette dernière, et j'arrondis la cire comme le bout d'une sonde. D'après ces dispositions, la cire à mouler, mêlée aux filaments de soie, fait corps avec eux, et ne peut s'en

détacher. Je porte dans l'urètre une de ces sondes ; arrivé sur le rétrécissement, je laisse l'instrument en place pendant quelques instants, afin que la cire ait le temps de se réchauffer et de se ramollir, après quoi je pousse la sonde ; la cire se trouvant alors *pressée* entre la sonde et le rétrécissement, remplit toutes les anfractuosités de ce dernier, pénètre dans son ouverture et se moule, en un mot, sur les formes qu'il présente. Je retire la sonde avec précaution et je trouve à son extrémité la forme du rétrécissement. Si la tige de cire qui est entrée dans le rétrécissement est au centre du bloc de la même matière qui termine la sonde, je sais que les parties saillantes qui forment l'obstacle sont également réparties autour de l'ouverture, et qu'il faut cautériser toute la circonférence de cette dernière. Si cette tige est à la partie supérieure, je sais que le bourrelet qu'il faut détruire est à la partie inférieure ; si la tige est au contraire à la partie inférieure, je sais qu'il faut diriger le caustique sur la partie supérieure, et de même pour les côtés. Par ce moyen, je puis toujours me procurer la forme de l'obstacle, reconnaître tous les changements qu'il subit dans le cours du traitement ; en un mot, apprécier aussi clairement ce qui se passe sur le rétrécissement dans la profondeur du canal, que si j'avais ce rétrécissement sous les yeux.

« L'appréciation de la sonde exploratrice demande quelques précautions : il ne faut pas que le morceau de cire à mouler qui termine l'instrument ait plus de deux lignes et demie de largeur ; sans cela on pourrait en faire pénétrer une trop grande quantité dans l'obstacle, où elle pourrait rester. Cela n'aurait d'autre inconvénient que d'avoir manqué l'opération et d'être obligé de la recommencer après que la cire retenue aurait été rejetée avec les urines. J'ai éprouvé quelquefois ce petit contre-temps avant que je n'eusse perfectionné le procédé en question ; mais depuis plus d'un an que je l'emploie comme je viens de le dire, et dans ce laps de temps, j'ai rarement été un jour sans m'en servir, je n'ai pas laissé six fois la cire dans le canal. Il ne faut point pousser fortement la sonde exploratrice ; une pression très-modérée, mais bien soutenue et sans secousse, est suffisante. Lorsqu'on doit prendre une empreinte à cinq pouces et demi de profondeur et au delà, il est souvent nécessaire d'imprimer à la sonde exploratrice une courbure convenable au moyen d'un mandrin de plomb, ou, encore mieux, d'avoir, ainsi que j'en ai, des sondes de gomme élastique courbes. On peut se servir plusieurs fois de la même cire, en lui redonnant, après qu'on en a fait usage, la forme convenable. » (Ducamp, *Traité des rétentions d'urine causées par le rétrécissement de l'urètre*, p. 177.)

Cette théorie est séduisante comme toutes celles dont les éléments se lient et s'enchaînent avec une merveilleuse facilité ; mais malheureusement l'expérience a montré que pour édifier la sienne l'ingénieux Ducamp n'avait pas tenu compte de toutes les circonstances. Elle est donc incomplète et partant fautive. Dans un certain nombre de cas, la cire à mouler qui termine l'instrument recueille exactement les renseignements qu'on en attend, c'est-à-dire qu'elle indique la situation du rétrécissement et son étroitesse ; mais le plus souvent ce moyen d'exploration induirait en erreur sur ces deux points. Voici d'abord pour ce qui a trait à la situation de la coarctation sur le diamètre du canal, c'est-à-dire à son siége suivant l'épaisseur de l'urètre.

« Tout le monde s'accorde à reconnaître que les dix-neuf vingtièmes environ des rétrécissements existent à l'orifice de la région membraneuse ; or le bulbe qui précède immédiatement l'orifice de la coarctation réduite à une demi-ligne de diamètre, je suppose, le bulbe, disons-nous, a lui-même, dans l'état naturel, de six à sept lignes de diamètre ; cette expansion n'est pas répartie uniformément, elle a lieu surtout en bas, en sorte qu'entre le fond de l'excavation du bulbe et l'ouverture du rétrécissement il y a une différence en hauteur de quatre à cinq lignes. On comprend que la cire, n'éprouvant point de résistance vers la paroi inférieure de l'urètre, s'infléchit et s'épanche de ce côté sous la pression de la main de l'opérateur, et rapporte la tige indicatrice à la partie supérieure du ren-

flement. Si à cette cause de déviation l'on joint la courbure naturelle de l'urètre, qui, dans ce point, commence à se diriger en haut, l'on comprendra pourquoi la plupart des empreintes fournies par les coarctations sous-pubiennes sont excentriques, tandis que celles de la région spongieuse portent la tige indicatrice à leur centre. » (Leroy-d'Étiolles, *lieu cité*, p. 116.)

De plus, lorsque le rétrécissement est d'une étroitesse capillaire, il se refuse à admettre la cire à mouler, qui s'aplatit ou se renfle en masse contre l'obstacle.

Il y a ici encore un autre inconvénient, signalé par Charles Bell et M. Civiale, c'est que la cire peut s'engager dans une lacune urétrale, et rapporter ainsi une empreinte trompeuse qui fait croire à un rétrécissement alors que le canal est parfaitement libre.

Quant à l'étroitesse du rétrécissement, la sonde exploratrice ne la donne pas non plus toujours fidèlement; la contraction spasmodique du rétrécissement, provoquée par la présence du corps étranger, agit sur la cire d'une profondeur variable, et qui n'est pas en rapport avec le degré de la coarctation. M. Civiale va même jusqu'à établir que dans un urètre sain ce resserrement spasmodique peut en étranglant la cire simuler un rétrécissement organique.

Si la sonde exploratrice peut faire prendre un rétrécissement spasmodique, même éphémère, pour un rétrécissement organique, la cire s'effile aussi quelquefois contre une tumeur, de manière à faire croire à une coarctation; l'observation suivante, que nous empruntons à M. Lallemand, en est un remarquable exemple.

Obs. 14. « *Rétrécissement, cautérisation, introduction d'une sonde jusqu'au col de la vessie, rétention complète des urines, cathétérisme forcé, augmentation des accidents, mort. — Petite tumeur cancéreuse derrière le bulbe de l'urètre, énorme cancer de la vessie, inflammation chronique du rein droit*, etc.

» Un négociant de Hambourg, d'une constitution délicate, d'un caractère triste, issu d'un père mort d'un *catarrhe chronique de la vessie*, ayant une sœur affectée de la même maladie, contracta, à l'âge de vingt-cinq ans, un écoulement qui, traité comme une blennorrhagie ordinaire, cessa au bout de quelques mois. Depuis cette époque, il éprouva de la difficulté à uriner, et même plusieurs rétentions d'urine pour lesquelles on fut obligé de le sonder. Après quatre ans de traitement infructueux, il vint à Montpellier, où il fut de nouveau sondé avec assez de facilité. Un régime sévère, l'usage des préparations balsamiques, des lavements émollients ou narcotiques, un régime lacté, l'application fréquente d'un petit nombre de sangsues, avaient tellement amélioré son état, qu'il parlait de projets de mariage, lorsqu'il eut une rechute qu'on attribua à un écart de régime. Depuis ce moment il dépérit de jour en jour, il perdit presque entièrement le sommeil, n'urina plus qu'avec la plus grande difficulté, fut même plusieurs fois menacé d'une rétention complète. C'est dans cet état de choses que je fus appelé en consultation, vers la fin de 1823, six ans après l'apparition de l'écoulement. Je trouvai le malade d'une maigreur squelettique, urinant à chaque instant et très-peu chaque fois, avec des efforts violents et une contraction comme spasmodique de presque tous les muscles du corps. Ces efforts, continuellement renouvelés, avaient fini par produire deux hernies inguinales. Les urines, bourbeuses, sanguinolentes, tombaient presque goutte à goutte, et ne tardaient pas à se décomposer en exhalant une odeur de chairs pourries; elles produisaient, en passant dans le canal, des douleurs violentes, qui se prolongeaient encore long-temps après. Le pourtour et l'intérieur du rectum étaient garnis d'hémorrhoïdes volumineuses.

» Une sonde d'un petit calibre, arrêtée un peu au delà de la courbure du canal, ne nous laissant aucun doute sur l'existence d'un rétrécissement produit par une ancienne blennorrhagie, nous le regardâmes comme la cause de tous les accidents. Je venais de lire l'ouvrage de Ducamp; je proposai sa méthode, et il fut convenu que je l'emploierais de concert avec le médecin ordinaire du malade.

» Le lendemain je voulus prendre l'empreinte du rétrécissement ; mais l'instrument, arrêté à sept pouces, sortit tout déformé ; la cire, aplatie en forme de massue, faisait coude avec la sonde. Je passai un mandrin dans la sonde d'un autre porte-empreinte, pour lui donner de la solidité ; mais je ne fus pas plus heureux. Une troisième empreinte me donna, enfin, une tige très-fine et très-courte, située en haut et recourbée sur elle-même. Le malade souffrant beaucoup et ayant rendu du sang, je me bornai à cette exploration. Le lendemain, j'essayai vainement de passer une bougie au moyen d'un conducteur à saillie. Je ne fus pas plus heureux les jours suivants. En explorant les parties à travers le rectum, je reconnus derrière le bec de la sonde d'argent, qui remplissait la partie libre du canal, une dureté qui me parut du volume d'une noisette ; et à un pouce et demi plus loin une tumeur de la grosseur du poing. Je me rappelai alors les cas de rétrécissement compliqué d'affection de la prostate, si heureusement traités par Ducamp. Cependant, ayant tenté vainement, pendant plusieurs jours, de passer une sonde à travers l'obstacle, ou d'y faire pénétrer la tige d'un porte-caustique à saillie, je me décidai à cautériser d'avant en arrière, à l'aide d'une bougie armée d'un petit cône de nitrate d'argent, conduit dans une sonde d'argent ordinaire, ouverte à son extrémité.

» Le malade parut souffrir peu pendant la cautérisation, quoiqu'il rendît beaucoup de sang immédiatement après. Mais, le lendemain, l'émission des urines devint plus douloureuse et plus difficile. Au bout de huit jours je pris une autre empreinte qui ne m'apprit rien, tant la cire était déformée. J'essayai une sonde d'argent n° 8, et, à mon grand étonnement, je passai facilement à travers le rétrécissement ; mais je fus arrêté à deux pouces environ plus loin, au moment où je croyais entrer dans la vessie. J'essayai sans succès des sondes d'argent et de gomme élastique de toutes les dimensions et de toutes les courbures ; j'arrivais toujours facilement au col de la vessie sans pouvoir y pénétrer.

» Les urines coulèrent de plus en plus difficilement ; enfin, il survint une rétention complète (dix sangsues, demi-bains, lavements émollients). Au bout de vingt-quatre heures la vessie faisait saillie au-dessus des pubis ; la fièvre était continue, la langue rouge et sèche, la peau brûlante, la transpiration urineuse ; le malade était en proie aux plus violentes douleurs ; il n'y avait plus un instant à perdre, il fallait faire la ponction de la vessie, ou pénétrer à travers la prostate, au risque de faire une fausse route. Une seconde consultation eut lieu : ce dernier moyen fut préféré et employé sur-le-champ. Arrivé au col de la vessie avec une sonde conique, dont le bec était dirigé par le doigt indicateur introduit dans le rectum, je pénétrai avec si peu de résistance, que je crus avoir suivi le canal de l'urètre. La plus grande partie de l'urine qui sortit d'abord était transparente, quoique fort colorée, et d'une odeur ammoniacale très-prononcée : le malade fut aussitôt soulagé et nous reprîmes quelque espoir.

» Le lendemain, je remplaçai la sonde d'argent par une de gomme élastique. Deux jours après, j'en mis une très-grosse avec la même facilité ; mais, huit jours après, il se forma un phlegmon au-devant du scrotum (six sangsues ; cataplasmes, continuation des bains de siége, des lavements, etc.) : je l'ouvris au bout de cinq jours, sans que le malade en éprouvât aucun soulagement. La présence de la sonde le fatiguait beaucoup, elle se bouchait souvent par des caillots de sang. Je pris le parti de la retirer et de répéter le cathétérisme cinq ou six fois par jour : toujours la sonde pénétra avec la plus grande facilité, mais produisit l'écoulement d'une certaine quantité de sang ; la fièvre fit de nouveaux progrès ; il survint du dévoiement ; le malade s'épuisa tout à fait, eut du délire, des symptômes spasmodiques, et mourut.

» *Autopsie cadavérique* (le crâne n'a pas été ouvert). Membrane muqueuse de l'estomac et des gros intestins rouge, injectée, offrant de distance en distance des plaques noires, comme gangréneuses. Rein gauche, sain ; rein droit d'un volume double, bosselé, inégal, blanchâ-

tre et très-mou, facile à déchirer dans tous les sens, contenant une trentaine d'abcès séparés, de volume différent ; les uns enkystés, ouverts dans les bassinets, et vides ; les autres pleins de pus réuni en foyer ; d'autres enfin, à l'état de suppuration commençante, dont le pus était encore infiltré dans le parenchyme du rein ; uretère du même côté, épais, noirâtre, sans consistance. Vessie assez vaste, à parois épaisses ; membrane muqueuse rouge, rugueuse et dense. A partir du col de la vessie, transformation de toutes ses membranes en une substance squirrheuse, lardacée, offrant, derrière la prostate, deux pouces d'épaisseur ; s'étendant en forme d'entonnoir à trois ou quatre pouces dans tous les sens ; surface interne de cette espèce de godet, inégale, hérissée de végétations très-saillantes, en forme de choux-fleurs ; portions prostatiques de l'urètre offrant la même altération cancéreuse, et paraissant avoir quatre pouces d'étendue, à cause de l'oblitération d'une partie de la vessie par la tumeur cancéreuse. Vers le milieu de ce long canal et en haut, fausse route produite par la sonde conique et entretenue par les sondes de gomme élastique, aboutissant à la vessie, à travers le carcinome, un pouce au-dessus de la véritable ouverture. Prostate *parfaitement saine*, petite, ferme, aplatie et collée sur la tumeur de la vessie, paraissant s'y confondre ; mais mobile et isolée par un tissu cellulaire très-souple. Derrière le bulbe de l'urètre, tumeur cancéreuse du volume d'une noisette, occupant la partie inférieure du canal ; membrane muqueuse correspondante détruite probablement par la cautérisation, brunâtre et peu consistante dans le reste du canal. Parois de l'abcès développé dans le scrotum converties en une fistule ouverte, d'une part, à trois pouces au devant de la tumeur et, de l'autre, à quelque distance du gland. Vaisseaux hémorrhoïdaux et vésicaux très-développés.

» J'ai rapporté ici cette observation, parce que ce malade est le premier que j'ai traité par la méthode de Ducamp ; mais on conçoit qu'un cas aussi extraordinaire ne peut donner lieu à aucune réflexion relative à l'usage du porte-empreinte, du conducteur à saillie, du porte-caustique, etc. » (Lallemand, *Observations sur les maladies des organes génito-urinaires,* 1re partie, p. 1.)

N'est-ce pas là, au contraire, un de ces cas nombreux qui montrent combien peuvent être infidèles les renseignements que donne le porte-empreinte ? Nous avons vu que dans les affections de la prostate la sonde exploratrice exposait aux mêmes méprises.

Malgré les objections que nous venons de reproduire contre la sonde exploratrice de Ducamp, d'après les chirurgiens qui ont suivi cet auteur, nous pensons qu'on en a un peu exagéré l'inexactitude, et que dans bon nombre de cas elle peut remplir le but que lui avait assigné son inventeur. Mais il y a une chose qu'il ne faut pas demander à cet instrument comme l'ont fait plusieurs praticiens, c'est d'indiquer la longueur du rétrécissement. Il est évident que la coarctation agit sur la cire à la manière d'une filière, et que la longueur du prolongement que la matière plastique envoie à travers cette filière organique dépend uniquement de la consistance de la cire et de la pression qui l'engage dans le rétrécissement. Cette source d'erreur a été très-bien démontrée par M. Civiale.

2° *Bougie emplastique.* Arnott, dans un ouvrage qui précéda de trois ans celui de Ducamp, s'exprime ainsi à l'égard des bougies :

« Les moyens généralement usités pour connaître la longueur des rétrécissements sont les suivants :

» 1. Observer si la bougie, en passant à travers un rétrécissement, donne la sensation d'un échappement brusque, d'une secousse ; s'il en est ainsi, l'on peut supposer que c'est une bride, une valvule mince (*a thread stricture*). Ce signe pourtant n'est pas certain, car la différence de consistance de l'obstacle et mille autres circonstances peuvent induire en erreur.

» 2. Des chirurgiens introduisent une bougie molle dans le rétrécissement : si à sa sortie elle porte une rainure transversale, comme ferait l'impression des dents, ils en concluent que le rétrécissement est court ; s'ils ne découvrent

pas de sillon, ils disent que l'obstacle est large et comme rubané (*of riband species*). Mais il importe de faire observer qu'un violent spasme provoqué par la bougie pourra produire la rainure sur la cire : si le spasme cesse, l'impression persistera ; si le spasme continue, la rainure est effacée par le frottement de l'extraction, et la bougie ressort amoindrie uniformément depuis sa pointe jusqu'à l'endroit qui a pénétré dans le rétrécissement. » (Arnott, *A Treatise of strictures of the uretra*, p. 141.)

Charles Bell ajoute :

« Lorsqu'une petite bougie revient avec la pointe recourbée, c'est qu'elle ne s'est pas engagée du tout dans le rétrécissement; lorsqu'elle revient pelotonnée, mais avec sa pointe droite dans une certaine longueur, cela indique qu'elle a pénétré dans le rétrécissement à une certaine profondeur, et qu'elle a ensuite éprouvé une résistance qui ne lui a pas permis d'aller plus loin. Si sa pointe est allée appuyer directement contre l'ouverture de la coarctation, elle rapportera infailliblement quelque empreinte ; peut-être reviendra-t-elle conique, effilée par la constriction de la stricture, dans laquelle la pression l'a fait pénétrer. » (Charles Bell, *ouvrage cité.*)

Ducamp se servait aussi de bougies pour apprécier la longueur des rétrécissements.

« Après avoir acquis sur l'épaisseur du rétrécissement les connaissances qui nous sont utiles, nous avons besoin de savoir maintenant quelle est la longueur, c'est-à-dire l'étendue qu'il présente d'avant en arrière. Quiconque a introduit des bougies emplastiques dans un canal rétréci, a vu sur ces bougies, en les retirant, des rainures plus ou moins étendues produites par la pression du rétrécissement. Ainsi nous pouvons juger de la longueur d'un rétrécissement par celle de la rainure que porte une bougie qui a séjourné dans le canal. » (Ducamp, *lieu cité.*)

Enfin, M. Civiale est celui qui attache aujourd'hui le plus d'importance aux bougies molles. Elles lui donnent l'étroitesse, le siége, la forme, la longueur et jusqu'au nombre des rétrécissements. Laissons-le parler lui-même :

«Il est bien reconnu aujourd'hui que plus les bougies sont molles, souples et flexibles, mieux elles pénètrent à travers les rétrécissements, lorsqu'on procède avec les précautions nécessaires. Tous les jours on voit les sondes les plus fines être arrêtées dans l'urètre, tandis que les bougies pénètrent, soit parce qu'elles sont moins grosses, soit qu'étant poussées avec moins de force, le canal se prête mieux à cette progression lente, qui donne à sa contractilité le temps de réagir d'une manière favorable. Cela est si vrai que si, sur le même sujet, on introduit deux bougies d'égal calibre, l'une avec précipitation et l'autre avec lenteur, la première se courbe, se ploie et se pelotonne, tandis que l'autre s'engage peu à peu dans le rétrécissement. Mille et mille fois j'ai répété cette expérience, toujours avec le même résultat. En examinant la bougie dont l'extrémité a pénétré dans la coarctation, on y aperçoit presque toujours l'empreinte de cette dernière. C'est là ce qui m'a conduit à employer constamment des bougies molles, et à les introduire avec beaucoup de lenteur, afin de donner au canal le temps de les avaler en quelque sorte. Or, en procédant ainsi, j'obtenais un triple avantage ; car je me procurais l'empreinte du rétrécissement, je le dilatais et je diminuais peu à peu la sensibilité du point malade. C'est donc par l'emploi des bougies de cire très-molles que j'obtiens l'empreinte la plus exacte de la coarctation. Qu'elle soit circulaire ou bornée à un seul côté des parois urétrales, qu'elle ait son siége à la partie mobile ou à la courbure du canal, on en trouve toujours la trace sur la bougie. S'il y a plusieurs rétrécissements, et que celle-ci les traverse tous, ils peuvent être également marqués sur elle.

» Ce n'est pas seulement au début du traitement que les bougies molles fournissent ces données indispensables. Elles les procurent aussi pendant toute sa durée et à ses diverses périodes. Chaque fois qu'on prend une bougie qui n'a pas encore servi, surtout si elle est un peu plus grosse que la précédente, on obtient une nouvelle empreinte qui fait connaître

l'état de la coarctation, les changements qui s'y sont opérés, et même la présence d'autres rétrécissements, que les premières bougies n'auraient pas indiqués parce qu'elles n'étaient point assez grosses.

» J'ai fait dessiner une suite de bougies portant différentes empreintes de coarctations. On voit sur les unes de simples brides, et sur d'autres des rétrécissements calleux et aplatis; l'une d'elles offre les traces d'une carnosité. Lorsque la bougie est très-fine, on ne découvre qu'un petit trait, ordinairement circulaire, qui fait connaître de combien l'instrument a pénétré. Quand elle est un peu plus forte, l'empreinte apparaît d'une manière plus manifeste, et la bougie a deux rebords, l'un devant la racine et l'autre derrière, circonstance qui démontre que le rétrécissement s'est contracté sur elle avec force. La contraction est même si énergique dans certains cas, que la partie de la bougie qui avait traversé la coarctation se trouve dépouillée de sa couche extérieure de cire; alors, tantôt celle-ci est seulement refoulée, pendant l'introduction, sur la partie de la bougie qui n'a pas pénétré; tantôt elle se détache au moment du retrait de l'instrument, reste derrière l'obstacle et sort pendant la journée, quelquefois le lendemain, ou même plus tard. Je dirai ici, par anticipation, qu'il ne faut jamais forcer la dilatation, et que toujours on doit employer des bougies qui pénètrent avec une certaine facilité. C'est pour m'être écarté de cette règle et avoir fait usage de bougies trop fortes et d'une couche de cire trop épaisse, que j'ai vu, entre autres accidents, sur lesquels je reviendrai, cette couche extérieure enlevée par le rétrécissement, de la même manière que si on l'avait passée à travers une filière trop étroite.

» Quant à la manière d'introduire ces bougies, aux précautions qu'il convient de prendre, aux moyens de s'assurer si elles pénètrent réellement ou si elles ploient, je m'en occuperai plus loin. Il me suffit ici de faire remarquer que les empreintes obtenues avec leur secours sont les plus exactes qu'on puisse se procurer; que l'emploi de ces instruments ne déforme pas l'urètre, qu'il n'y cause ni fatigue, ni irritation, parce qu'il est fort peu douloureux, et que si, dans quelques occasions rares, il ne procure pas les renseignements qu'on est fondé à attendre de lui, du moins n'entraîne-t-il aucun inconvénient pour le malade. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 1re part., p. 179.)

M. Leroy-d'Étiolles n'accorde pas une aussi grande confiance aux bougies.

« Ch. Bell, Arnott, Ducamp avaient, dit-il, reconnu, et cela est vrai aujourd'hui comme alors, que bien souvent les rétrécissements très-forts ne laissent sur les bougies aucune empreinte; que le nombre des rétrécissements ne peut être reconnu attendu que, si le premier est le plus étroit, le diamètre de la bougie qui le traverse est trop petit pour que les rétrécissements subséquents exercent sur elle une constriction et y laissent des traces. » (Leroy-d'Étiolles, *loco cit.*, p. 119.)

3° *Bougie à boule*. Charles Bell est le premier qui en ait eu l'idée, seulement ses bougies étaient métalliques; c'étaient comme des stylets boutonnés mais flexibles. Elles étaient terminées par des boules d'argent ou d'or de diverses grosseurs, il les présentait successivement au rétrécissement jusqu'à ce qu'il en eût trouvé une assez petite pour le traverser. Le point où commençait la résistance en entrant et celui où elle commençait en sortant laissaient entre eux un intervalle qui était la longueur du rétrécissement.

La rigidité des bougies métalliques en rendait l'application douloureuse, M. Leroy-d'Étiolles leur a enlevé cet inconvénient en les faisant de gomme élastique.

Les bougies de M. Leroy-d'Étiolles se terminent par une olive plus ou moins allongée, comme on le voit dans les figures qui suivent.

Fig. 2, 3, 4,







Cet effilement de l'olive peut en rendre, dans certains cas, l'introduction plus facile. Il y en a qui ne présentent qu'une arête latérale destinée à apprécier les rétrécissements excentriques. L'on note sur la tige graduée le point où la boule rencontre l'obstacle ; puis, quand il est bien franchi, le chirurgien la ramène vers lui comme pour la retirer. Dans ce mouvement de sortie la boule est arrêtée par le rétrécissement ; on note encore ce point sur la tige graduée. La différence entre les points de rencontre à l'entrée et à la sortie indique la longueur de l'obstacle ; il faut toutefois en défalquer la longueur de la boule. On objecte contre ces explorateurs à boule cette difficulté qu'il faut leur faire traverser l'obstacle. M. Leroy répond que pour l'application de toutes les méthodes, si on excepte toutefois la cautérisation directe d'avant en arrière et le cathétérisme forcé, il est indispensable de pouvoir passer à travers le rétrécissement, soit la bougie et la sonde dilatatrices, soit les porte-caustiques latéraux, soit les urétrotomes : les petites boules pourront donc les franchir tout aussi bien que ces instruments divers ; si la stricture est trop étroite pour leur livrer passage, il faut, dans tous les cas, obtenir un certain degré d'élargissement.

Voici la marche clinique que M. Leroy-d'Étiolles trace pour ces explorations que nous venons de passer en revue :

« Pour procéder d'une manière méthodique à l'exploration de l'urètre d'une personne affectée de dysurie, voici, ce me semble, comme il convient d'agir : il ne faut pas perdre de vue que les tumeurs de la prostate, le défaut de contractilité de la vessie amènent la difficulté graduellement croissante de la miction, et peuvent même produire la plupart des signes rationnels qui appartiennent aux rétrécissements. Il convient donc de commencer par se fixer sur ce point. Dans ce but, après avoir fait uriner le malade pour apprécier le volume et la force du jet, on introduit une sonde exploratrice de gomme à boule et à courbure fixe ; je dis sonde à boule et non pas bougie, parce qu'il faut qu'elle donne issue à l'urine et qu'elle puisse en même temps reconnaître les inégalités de l'urètre s'il en existe. Je recommande de la prendre tout à fait courbe et flexible, parce qu'elle peut, avec ces conditions, franchir le col de la vessie, soulevé par l'engorgement de la prostate, plus facilement et avec moins de douleurs que des instruments rigides, courbes, ou des instruments flexibles mais droits, ne pourraient le faire.

» Si la sonde a pénétré jusqu'à la vessie sans résistance, si elle amène une quantité notable d'urine, on peut conclure qu'il n'y a point de rétrécissement,

que la difficulté d'uriner provient d'une autre cause : de même si, après avoir parcouru librement l'urètre, elle est arrêtée au col de la vessie. La sonde rencontre-t-elle un obstacle vers la courbure de l'urètre, alors il importe de savoir s'il n'y a pas là une de ces déformations que nous avons dit être produites par la contracture clonique ou spasme des muscles qui entourent l'orifice de la portion membraneuse ; spasme coïncidant fréquemment avec l'engorgement de la prostate. Pour cela l'on retire la sonde afin de placer un mandrin de fer dans la cavité, on le fait pénétrer de nouveau jusqu'à l'obstacle, et on l'y tient appuyé quelques instants ; si la résistance persiste, on devra supposer qu'elle est causée par un rétrécissement. A défaut de sonde à boule on emploierait une sonde à courbure fixe qui présenterait, pour cette exploration préliminaire, plusieurs des avantages de la sonde courbe flexible à boule, mais non la possibilité d'apprécier nettement les inégalités de l'urètre dans son mouvement de va-et-vient.

» La présomption de l'existence d'un rétrécissement plutôt que d'un engorgement de la prostate, ou d'une paralysie de la vessie, étant acquise, il convient de présenter la plus petite des bougies à boule pour essayer de franchir l'obstacle ; si elle passe sans être arrêtée ni à son entrée ni à sa sortie, une plus grosse est introduite qui puisse accuser par son arrêt, en allant et en venant, les reliefs de l'intérieur de l'urètre ; on compte ces reliefs, on mesure leur longueur, on étudie la sensibilité des divers points de la vessie, et l'on contrôle avec les bougies de cire les résultats fournis par les bougies à boule ; on obtient ainsi la somme des notions que la réunion de ces deux instruments peut fournir. Si la plus petite des bougies à boule refuse, on essaiera de faire passer des bougies très-fines en cire, ou mieux en gomme, car celles-ci ont à la fois plus de finesse et plus de résistance, et, dans le cas où l'on éprouverait encore de la difficulté, l'on aurait recours aux différentes petites manœuvres qui ont été conseillées pour faciliter l'engagement de la bougie : on essaierait le conducteur d'Arnott et de Ducamp ; la distension de la partie antérieure de l'urètre par une injection, en même temps que l'on pratique des manœuvres de cathétérisme ; on présenterait les bougies à pointes tortillées : tous moyens sur lesquels j'aurai l'occasion de revenir en parlant du traitement par les bougies ; car on comprend que ce n'est plus là de l'exploration, et que le seul indice qu'on en puisse tirer, c'est que la stricture est très-forte et le passage très-étroit. Pour en savoir davantage, il faut commencer par obtenir un certain degré d'élargissement au moyen de la dilatation.

» Malgré l'aveugle confiance des chirurgiens qui ne connaissent pas d'obstacles infranchissables, et qui disent que partout où l'urine passe, les sondes ou les bougies doivent trouver passage, il n'est pas moins vrai qu'il y a des rétrécissements qui n'admettent aucun instrument, quelle que soit leur ténuité, bien qu'ils laissent filtrer l'urine. Cela doit tenir moins encore à leur étroitesse qu'à leur forme ; ces sortes d'obstacles sont produits par des saillies, des épaississements existant alternativement sur les deux côtés opposés de l'urètre, en sorte que le canal éprouve des déviations brusques en zigzag : ce qui le prouverait, c'est que bien souvent, si on prend une bougie très-fine, si l'on tortille sa pointe en spirale irrégulière, elle se prête alors aux sinuosités du canal et passe sans difficulté. Je dirai, en parlant du traitement, quel parti on peut tirer de cette manœuvre, et ses avantages. » (Leroy-d'Étiolles, *Sur les rétrécissements de l'urètre*, p. 128.)

Quant à arriver par des données physiques à l'âge et à la dureté des rétrécissements, les moyens conseillés par les auteurs nous paraissent trop subtils, trop incertains pour que nous nous y arrêtions. Le frottement rude qu'éprouve l'instrument explorateur dans les coarctations est la seule circonstance qui nous semble avoir à cet égard quelque signification ; elle annonce un rétrécissement fibreux avec induration considérable. Des notions plus délicates ne peuvent guère s'acquérir dans un livre ; c'est dans la pratique qu'on doit aller les recueillir.

Avant de terminer le diagnostic des rétrécissements de l'urètre, une remarque nous est en quelque sorte arrachée par l'évidence des faits, c'est qu'on a souvent pris et traité des hypertrophies de la prostate pour de véritables coarctations organiques. Les hommes les plus éminents n'ont pu se tenir à l'abri de cette méprise, et ce n'était pas étonnant alors que l'attention n'était pas fixée sur les maladies de la prostate, et que ces affections étaient d'ailleurs incomplétement étudiées. En lisant bon nombre d'observations de M. Lallemand, on ne saurait se défendre du doute que nous venons d'exprimer. Nous ne serions pas surpris que le célèbre professeur de Montpellier ne nous eût devancé lui-même en reconnaissant le premier une erreur que l'état de la science ne lui avait pas permis d'éviter, et c'est peut-être ce qui, dans ces derniers temps, l'a fait restreindre si étroitement l'usage de la cautérisation, qu'il avait d'abord tellement généralisée, qu'il l'appliquait à presque tous les cas.

Un autre praticien, qui s'est fait également une réputation distinguée dans le traitement de ces maladies, nous paraît être tombé dans la même méprise, comme on pourra s'en convaincre par ce fait :

Obs. 15. « *Cinquante-quatre ans, plusieurs blennorrhagies, strangurie sans blennorrhée, difficultés pour obtenir une empreinte, rétrécissement, une cautérisation, guérison, légère dysurie survenue malgré la liberté de l'urètre, coïncidant avec l'apparition de fortes hémorrhoïdes.*

« Un agent d'affaires, sanguin, bilieux, fort, âgé de cinquante-quatre ans, avait eu plusieurs blennorrhagies et était sujet à des difficultés d'uriner fréquentes; mais jamais il n'avait éprouvé de rétention d'urine complète, jamais il n'avait fait usage de sondes ni de bougies.

» Le jour où il vint me voir, le 29 juin 1825, le cours de l'urine était fort gêné; ce liquide ne sortait que goutte à goutte. Je m'assurai facilement de l'existence d'un rétrécissement à cinq pouces trois quarts; mais, quand je voulus en prendre l'empreinte, je ne pus y réussir. La sonde exploratrice sortit plusieurs fois avec la forme de massue. Le soin de l'armer d'un mandrin, de ne pas la presser sur l'obstacle, de la laisser long-temps en place, tout fut inutile. J'expliquai ce fait par l'irritation de l'urètre. Je fis appliquer dix-huit sangsues à l'anus, prendre des bains de siége, mettre des cataplasmes sur le périnée, et boire de l'eau de graine de lin édulcorée avec du sirop d'orgeat. Par l'effet de ces moyens, l'urètre revint à son état habituel.

» Le 4 juillet, l'émission de l'urine se faisait un peu mieux; je crus pouvoir tenter une nouvelle exploration. Cette fois j'eus une empreinte remarquable par son extrême petitesse. Sur cette donnée, et à l'aide d'un conducteur, je fis passer une bougie fine dans l'obstacle. Je la laissai en place, mais elle ne tarda pas à sortir. Les urines ne coulèrent pas plus facilement. Je l'introduisis de nouveau le lendemain ; elle fut gardée quelques heures : le malade urinait autour d'elle.

» Le 6, je pris une nouvelle empreinte; elle se trouva parfaitement semblable à la précédente, quoiqu'un peu plus forte. Je repassai la bougie, je la laissai séjourner un quart d'heure, et j'appliquai le caustique.

» Le 9, une bougie jaune n° 3, puis une n° 5, entrèrent facilement et sortirent sans empreinte. Il en fut de même le 10 pour une bougie n°s 6 et 7; le 11 pour des bougies n°s 8 et 9, le 12 pour des bougies n°s 10 et 11.

» Le 13, une sonde exploratrice pénétra aisément jusqu'à la vessie, et revint avec une empreinte ; je continuai la dilatation.

» Le 17, elle était arrivée à son terme, les urines sortaient largement, le malade se trouvait très-bien. Tout radieux d'avoir pu recevoir et conserver dans l'urètre une bougie de quatre lignes de diamètre, il la porta en triomphe à un de ses amis, célèbre dentiste de Paris, affecté de la même maladie et traité par la méthode ordinaire. J'insistai encore sur la dilatation pendant une vingtaine de jours; j'eus seulement le soin de mettre un intervalle de plus en plus grand

entre les introductions des bougies. La guérison ne se démentit pas.

» Cependant, dix mois après, le 26 mai, ce malade vint me revoir : il se plaignait d'uriner moins librement. Je ne trouvai aucun obstacle dans l'urètre; une sonde exploratrice parvint facilement jusqu'à la vessie. Je me bornai à introduire une bougie fusiforme, et à répéter cette opération tous les trois ou quatre jours pendant quelques semaines. Les bougies emplastiques droites passaient difficilement; au contraire, ces mêmes bougies, rendues très-courbes, et les bougies de gomme élastique armées de mandrins, entraient sans peine. Je pensai que cette difficulté dans l'introduction des bougies de cire et l'embarras des urines tenaient à des hémorrhoïdes dont le malade était violemment tourmenté, je prescrivis un régime approprié à cette dernière affection : il eut l'effet que j'en attendais; les urines reprirent leur cours.

» J'ai conservé des rapports avec ce malade : il a éprouvé plusieurs fois depuis la même gêne dans l'excrétion des urines; mais l'urètre est toujours libre. Le régime, des bains, voilà les moyens auxquels il a recours, et dont il se trouve bien. » (Ségalas, *Traité des rétentions d'urine et des maladies qu'elles produisent*, page 425.)

La difficulté de prendre des empreintes, ou l'existence d'une empreinte plus petite que n'était le jet urinaire; la difficulté d'uriner quand la sonde exploratrice pénétrait facilement dans la vessie; la difficulté de passer les bougies droites, quand les courbes passent aisément, ne sont-ce pas là des indices suffisants, quoique nécessairement incomplets, de l'existence d'une hypertrophie de la prostate. C'est une question que nous soumettons volontiers au savant académicien, aussi connu par sa bonne foi que par son habileté.

Les bons effets du caustique dans plusieurs de ces méprises nous confirment dans l'idée qu'il peut quelquefois exercer une heureuse influence sur l'hypertrophie de la prostate.

Pronostic des rétrécissements organiques de l'urètre. Bien que les rétrécissements organiques de l'urètre ne soient pas prochainement graves, ils prennent de l'importance par les accidents nombreux dont ils sont susceptibles de se compliquer, tels que la rétention d'urine et ses suites, les infiltrations, les dépôts d'urine, etc., et surtout par la grande tendance qu'ils ont à récidiver, quelle que soit la méthode qui les ait fait disparaître. Cette maladie offre tant de degrés qu'il est impossible d'en faire complétement le pronostic d'une manière générale. Il vaut mieux apprécier la portée de chaque forme à mesure qu'elle se présente.

La tendance à la récidive, la récidive, les abcès, les rétentions, etc., font en général des rétrécissements une affection sérieuse, ainsi que le prouve le cas suivant :

Obs. 16. « *Rétrécissement dans la portion membraneuse avec diminution générale du calibre de l'urètre, dû à une inflammation chronique de la muqueuse, et phlegmasie chronique de la prostate chez un vieillard de soixante-dix ans. — Antérieurement, plusieurs maladies vénériennes. — A vingt et un ans, première rétention. — Quinze ou vingt ans plus tard, ulcères syphilitiques sur le corps. — Nouvelles rétentions en* 1833, 1835, 1837. — *Traité avec succès par la dilatation.*

» F. Leprince, soixante-dix ans, d'une constitution molle et détériorée, ouvrier imprimeur il y a deux ans, et actuellement portier, se présenta le 15 mai à la consultation des voies urinaires du Bureau central pour demander conseil au sujet d'une vieille maladie des voies urinaires. Voici l'histoire de ce malade. — Sa jeunesse fut assez orageuse. Il était à peine âgé de dix-huit ans lorsqu'il entra comme volontaire dans les armées, sous Louis XVI. Vif, alerte, dépensant gaiement ses heures de loisir et sa modeste solde, dans l'espace de deux ans, il eut plusieurs blennorrhagies successives dont il se guérit comme il put avec quelques remèdes dont les *camarades* lui avaient donné la recette, et dont ils avaient, à les croire, plusieurs fois, en pareille circonstance, constaté les bons effets. Toujours est-il

que, moins heureux ou plus gravement atteint, il ne fut jamais complétement guéri. Loin de là, il avait à peine vingt et un ans qu'il fut pris subitement d'une rétention d'urine dont il ne savait plus à quoi attribuer la cause; mais qui, selon toute vraisemblance, était le résultat de quelques nouveaux excès. Il entra à l'hôpital Saint-Denis. Il n'avait point uriné depuis un jour environ. On le sonda sans trop de peine, à ce qu'il paraît, et l'urine s'écoula facilement. Quelques bains, des lavements et des injections émollientes enlevèrent assez promptement le mal; ce qui fait penser qu'il existait peut-être seulement quelque inflammation de la muqueuse de l'urètre ou du *col de la vessie*. Cette rétention fut pour lui une leçon. Désormais plus circonspect et moins déréglé, il arriva tranquillement jusqu'à l'âge de trente-deux ans. A cette époque il fut obligé d'entrer aux Capucins pour se faire guérir d'ulcères syphilitiques répandus sur plusieurs parties du corps; ce qu'on fit à l'aide d'un traitement approprié. Sa santé ne fut point dérangée jusqu'en 1833. Les urines étaient rendues facilement et sans douleurs, lorsqu'à la suite d'excès, il fut pris d'envies d'uriner qu'il ne put satisfaire. Il entra à l'Hôtel-Dieu, fut placé dans le service de M. Breschet. Le canal était rétréci de manière à ne permettre que l'introduction de sondes fines. Une première fut laissée à demeure dans le canal durant sept jours, puis remplacée par une nouvelle, qui resta le même temps; de sorte qu'au bout de trente-trois jours, durée du séjour de Leprince à l'hôpital, on lui passa des sondes de plus en plus volumineuses, et on les renouvela toutes les semaines. Une sonde de gros calibre pénétrant librement, le malade sortit de l'hôpital urinant facilement, mais dans un grand état de faiblesse. Leprince fut environ neuf ou dix mois sans se ressentir de sa maladie, ou du moins éprouvant une grande amélioration; mais alors un abcès, formé au périnée, l'obligea d'entrer à l'hôpital. Connaissant les antécédents du malade, on passa des sondes dans le canal, et on lui rendit le calibre qu'il avait perdu depuis le dernier traitement. Un second abcès survint en 1835, accompagné cette fois de rétention d'urine. La dilatation permanente fut de nouveau mise en usage.

» L'abcès guérit en peu de temps, et la cicatrice s'en voit encore au-dessus et en arrière du scrotum.

» Les voies urinaires restèrent en bon état pendant environ deux ans. C'est au bout de ce temps que les difficultés pour uriner revinrent avec des cuissons vives dans le canal, mais surtout vers l'orifice vésical. Il entra de nouveau à l'hôpital, et fut placé dans le service de M. Blandin. Les soins qu'on lui donna améliorèrent singulièrement son état; mais il ne sortit pas entièrement guéri. Des réparations à faire aux salles le firent considérer comme convalescent; il quitta l'hôpital, et, depuis lors, il a toujours été abandonné à lui-même. Prenant peu de souci de sa santé, la maladie a fait incessamment des progrès, et c'est à peine si maintenant (9 juillet 1840) il peut émettre l'urine par gouttes.

» Voici quel est à peu près l'état du malade : la verge est ratatinée et comme flétrie; les urines, depuis quelques jours, sortent à peine, et le peu qui sort détermine des douleurs brûlantes à son passage à travers le canal. Les plus fortes cuissons sont rapportées au commencement de l'urètre (région prostatique). L'expulsion des dernières gouttes est surtout très-douloureuse; la miction est très-lente, et encore, ainsi que j'aurai occasion de le dire tout à l'heure, la vessie ne se vide-t-elle pas complétement. L'urine, abandonnée à elle-même, est trouble, et dépose, par le repos, des mucosités en abondance et d'une viscosité remarquable. Elles sont, du reste, mélangées d'une matière qui ressemble complétement à du pus ou à du muco-pus. La vessie n'est point douloureuse à la pression; il n'y a rien qui, de l'extérieur, puisse y faire soupçonner quelque altération. M. Leroy-d'Étiolles introduit dans l'urètre une sonde de médiocre volume; mais c'est à peine s'il peut la faire cheminer, tant elle est pincée entre les parois avec force. Au bout de quelques minutes la contraction a cessé; on peut aisément la retirer, et on en introduit

une autre plus petite. Même difficulté que pour la première. Il en est de même d'une bougie capillaire. Cependant, en allant doucement, on la porte insensiblement jusqu'à la région membraneuse. Là, on rencontre un léger obstacle contre lequel l'extrémité de la bougie vient heurter un instant; mais, avec un peu d'insistance, la bougie pénètre jusque dans la vessie. Cette introduction de la bougie fait éprouver quelques douleurs au malade, surtout lorsqu'elle se trouve fortement pincée. Quelques instants de repos et de nouvelles tentatives permettent de l'introduire plus loin sans douleur, et ce n'est qu'en modérant ainsi l'intromission qu'on arrive sûrement et sans trop faire souffrir le patient. La bougie est laissée en permanence pendant un quart d'heure. Au bout de ce temps, une nouvelle bougie, plus grosse, est introduite avec les mêmes précautions. Le rétrécissement se présente encore à l'extrémité de l'instrument, et il est franchi aussi facilement que la première fois. Après dix minutes de séjour, une nouvelle bougie plus volumineuse est encore introduite, puis une quatrième, qui n'éprouve pas plus de difficulté à passer que la première, et donne toujours le même résultat. Cette dernière est laissée pendant vingt minutes environ. Au moment où l'heure déterminée pour la fin de la consultation arriva, on remplaça la bougie par une petite sonde en gomme. Le but était de savoir si la vessie se vidait bien. Une quantité d'urine, non en rapport avec le peu de temps écoulé depuis la dernière émission, en fut retirée; elle était trouble, purulente et fortement ammoniacale. La vessie ne se vidait pas entièrement.

» Il faut ajouter que le passage de la sonde vers la prostate était toujours plus douloureux que dans tout autre point.

» Ces signes n'étaient pas les seuls qui pussent faire supposer une phlegmasie prostatique. Le malade ressentait continuellement une lourdeur en avant du rectum; il y avait constipation depuis quelques jours.

» L'état général était peu satisfaisant; il y avait un amaigrissement très-grand, faiblesse générale, mauvaise digestion, dérangements fréquents des voies digestives. Cependant, l'affection de l'urètre n'avait point retenti du côté des organes sécréteurs de l'urine, comme cela se montre assez souvent, ou, du moins, on ne trouva rien qui pût faire soupçonner quelque altération de ces organes.

» *Prescriptions :* Lavements d'eau de son, bain de siége deux fois par jour, injections émollientes dans le canal, bouillon de veau, pruneaux.

» Le 11 juillet, les urines coulent beaucoup plus facilement, les douleurs sont moins vives en urinant. Du reste, à peu près même état. Des bougies sont introduites comme l'avant-veille. On commence par des bougies très-fines.

» A la séance suivante, le malade est beaucoup mieux. Les douleurs ont considérablement diminué, l'urine s'élance par un jet assez fin de l'urètre, mais elle conserve ses qualités; seulement, elle est un peu moins filante.

» *Mêmes pratiques, mêmes prescriptions.* On ne fait pas de progrès dans l'augmentation du volume des bougies. Le malade se plaint toujours, surtout au moment où l'instrument arrive vers la prostate.

» *Quatrième séance.* Le malade éprouve beaucoup de mieux-être, les douleurs sont presque nulles en urinant, le jet est plus volumineux, l'introduction des sondes est moins douloureuse; les urines sont un peu moins troubles, la vessie se vide évidemment mieux : on augmente le calibre des bougies.

» *Cinquième séance.* Le mieux se continue, les sondes passent de plus en plus avec facilité. Les bains de siége sont suspendus.

» Pendant deux séances le malade fait absence. Il revient souffrant à peine, vidant presque entièrement sa vessie et prenant un peu de force. Vin coupé, bonne nourriture, mais surtout *sobriété.* Les sondes passent sans difficulté; c'est à peine si elles sont arrêtées dans la région prostatique, où il reste toujours un point douloureux; le jet de l'urine est très-satisfaisant, et, sous l'influence d'une tisane de bourgeons de sapin, ce liquide s'éclaircit.

» Depuis lors le malade n'est venu que rarement à la consultation, et seule-

ment pour demander des conseils. Son état était singulièrement amélioré; pourtant les urines sont toujours chargées de mucus plus ou moins purulent, qu'elles déposent au fond du vase sous forme d'une matière blanc-jaunâtre très-visqueuse, et ne se détachant qu'avec peine des parois.

» A la tisane de bourgeons de sapin, M. Leroy-d'Étiolles joint les pilules de térébenthine et les injections d'eau de goudron. L'urine s'éclaircit, mais pas complétement. Les sondes devront être introduites par le malade une fois au moins chaque quinzaine. » (Leroy-d'Étiolles, *Sur les rétrécissements de l'urètre*, pag. 222.)

Traitement des rétrécissements de l'urètre. Rétrécissements de l'intérieur de l'urètre.

A l'exemple de M. Leroy-d'Etiolles, nous diviserons les rétrécissements organiques de l'intérieur de l'urètre en trois catégories :

1° Rétrécissements qui laissent passer l'urine et les bougies;

2° Rétrécissements qui laissent passer l'urine et arrêtent les bougies, même les plus fines;

3° Rétrécissements qui arrêtent et les bougies et l'urine.

Cette distinction est toute pratique, et nous ne pouvons mieux faire que de l'adopter.

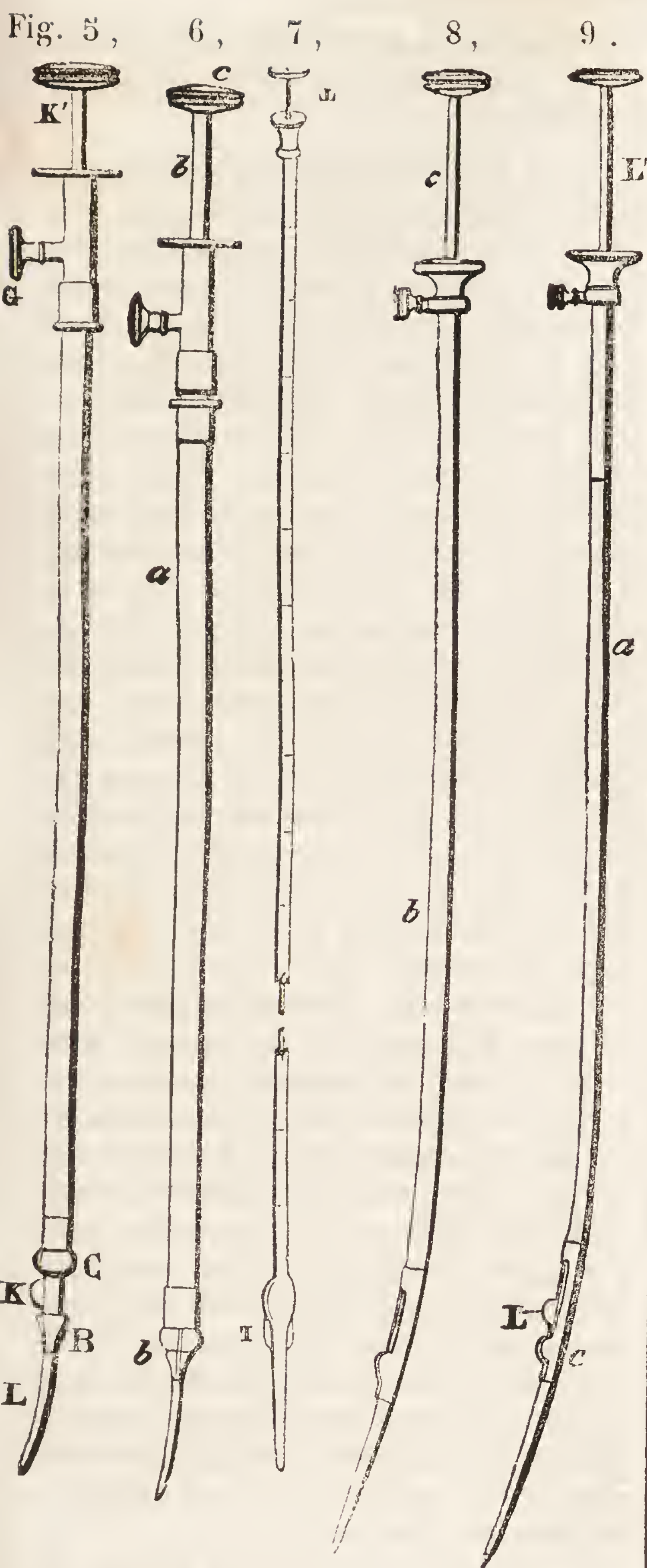
a. *Rétrécissements qui laissent passer l'urine et les bougies.* Les replis valvulaires peuvent être attaqués par déchirure ou par incision.

Lorsque la valvule a sa concavité tournée du côté du méat, il arrive souvent que l'introduction d'une sonde la déchire et guérit ainsi le rétrécissement. Quand au contraire le repli regarde par sa concavité le col vésical la sonde couche la duplication contre la paroi urétrale, et cet instrument n'est d'aucune efficacité pour détruire cette espèce de rétrécissement.

Dans ce dernier cas, M. Leroy-d'Étiolles a eu recours à ses bougies à boule. Dans son introduction l'instrument applique la valvule contre l'urètre, et la relève dans son retrait; et si la membrane est faible ou peu élastique, elle se déchire. Une sonde est maintenue dans le canal pour empêcher les lambeaux de se réunir ensemble, et la guérison a lieu comme dans le cas suivant :

Obs. 17. « Un Américain, âgé de cinquante ans environ, vint, en 1837, se confier à mes soins pour une difficulté d'uriner qu'il éprouvait depuis longues années. Il avait consulté plusieurs médecins de New-York, entre autres le célèbre docteur Mott. Divers traitements par des bougies avaient été faits, sans que le jet de l'urine en eût éprouvé une grande amélioration. Je n'avais pas obtenu un meilleur résultat, et j'inclinais à diriger la médication vers la prostate et le col de la vessie, lorsque je songeai à explorer l'urètre avec une bougie terminée par une boule un peu grosse (7 millimètres); elle pénétra facilement jusqu'à la vessie, mais en revenant elle fut arrêtée vers le milieu de la portion membraneuse; j'exerçai une traction assez forte pour la dégager; l'obstacle céda en donnant à la main la sensation d'une déchirure opérée. Immédiatement après, la boule pouvait passer et repasser dans cet endroit sans résistance. Un autre arrêt fut éprouvé par la boule vers la racine de la verge; même effort, même sensation, même résultat. Immédiatement le jet de l'urine devint beaucoup plus fort. Je renouvelai le lendemain et le surlendemain la même manœuvre; puis quatre ou cinq jours de suite, je plaçai une grosse bougie pendant une demi-heure. La miction se fit alors mieux qu'elle ne s'était opérée depuis la jeunesse. Ce monsieur avait un pied-bot. Je note cette particularité pour rappeler son cas au souvenir des chirurgiens américains qui l'ont pu voir. » (Leroy-d'Étiolles, *Sur les rétrécissements de l'urètre*, p. 182.)

Si la bride résiste à la bougie à boule et à la sonde, si elle est inclinée en avant, on se sert du scarificateur coupant d'avant en arrière. Il est représenté figures 6, 7 et 8.



La mèche de gomme étant flexible s'engage dans l'espace que la valvule laisse libre, tandis que le renflement *c* (fig. 5), dans lequel est contenue la lame, appuie sur le repli, et, quand ce repli est tendu, la lame poussée en avant (fig. 6) le divise.

La valvule est-elle inclinée du côté de la vessie, elle doit être soulevée et tendue par le scarificateur comme par la bougie à boule. L'instrument coupe alors d'arrière en avant. M. Leroy l'appelle scarificateur rétrograde, comme il avait donné à l'autre le nom de scarificateur antérograde. Les fig. 8 et 9 offrent une idée très-nette de celui dont nous nous occupons en ce moment, et de sa manière d'agir. Voici un exemple de son application.

Obs. 18. « M. le baron C..., Milanais, avait vu le jet de son urine diminuer peu à peu ; depuis une dizaine d'années, il avait été même plusieurs fois pris de rétentions d'urine qui avaient cédé à des bains. Plusieurs chirurgiens, dans les diverses contrées où il a voyagé, avaient constaté l'existence d'un rétrécissement sans le franchir. M. C... avait toujours ajourné le traitement qu'on lui proposait. Enfin, en 1845, il vint à Paris avec la résolution de se guérir, si faire se pouvait, et réclama mes conseils. Au commencement de la portion membraneuse, 16 centimètres et demi (M. C... est de haute stature), je reconnus un rétrécissement qui ne put être franchi qu'avec une bougie capillaire. La dilatation temporaire, pendant une demi-heure à trois-quarts d'heure chaque jour, avait porté, en trois semaines, à 7 millim. la largeur; mais le volume du jet, qui avait grossi dès les premiers jours, n'avait pas l'ampleur que comportait la dilatation obtenue, et de plus, dès que je cessai l'introduction des bougies, le rétrécissement se serra en peu de jours, au point de n'admettre que 4 millimètres ; la dilatation permanente remplaça l'introduction temporaire des bougies ; après cinq jours nous la cessâmes. Cette fois, le diamètre obtenu se maintint, mais le jet était toujours médiocre. Je me rappelai que pendant la dilatation temporaire, lorsque nous arrivâmes à employer des bougies de 5 à 6 millim., j'avais éprouvé un léger arrêt à une distance de 7 centim. Je fis uriner le malade devant moi, et je m'aperçus que le premier jet était assez plein, mais qu'il diminuait ensuite subitement. J'introduisis une bougie à boule qui fut arrêtée à 2 pouces 7 lignes ; elle semblait éprouver une résistance assez forte ; mais, quand je tirais par une saccade pour déchirer ce que je croyais une valvule, la boule échappait. Cette manœuvre, répétée un certain nombre de fois, laissant la résistance toujours la

même, je pris de la cire à mouler, j'en empâtai le derrière de la demi-olive, je portai cette olive au delà de l'obstacle, puis je la ramenai vers moi. Elle rencontra la résistance dans son mouvement de sortie, et l'empreinte laissée sur la cire m'apprit que la valvule existait sur la paroi inférieure ; ce que ni la bougie de cire, ni la sonde de Ducamp n'auraient pu me faire connaître.

» Je substituai à la bougie un scarificateur rétrograde à boule à une seule lame. Trois fois la lame sortit de sa boule dirigée vers trois points différents de la paroi inférieure ; une sonde d'un gros calibre fut introduite immédiatement, et laissée vingt-quatre heures. Quand je la retirai le lendemain , le jet était fort, et il s'est maintenu dans cet état depuis un an, ainsi que me l'a dit le neveu de M. C..., auquel je donne en ce moment des soins pour une affection des voies urinaires. » (Leroy-d'Étiolles, *Sur les rétrécissements de l'urètre*, p. 188.)

Traitement par dilatation. L'instrument dilatant peut être laissé plus ou moins long-temps dans l'urètre, ce qui constitue trois nuances dans la méthode. Ainsi l'instrument peut être laissé à demeure pour être changé tous les trois ou quatre jours, c'est la *dilatation permanente.* Il peut être remplacé par un plus volumineux toutes les six à sept heures, c'est la dilatation *coup sur coup* comme on dit aujourd'hui. Enfin l'instrument peut ne séjourner que depuis moins d'une minute jusqu'à une heure, c'est la *dilatation temporaire.*

C'est par cette dernière que nous commencerons.

a. Dilatation temporaire ; cathétérisme instantané. Examinons d'abord les instruments de dilatation. — Nous ne rappellerons que pour mémoire les *dilatateurs mécaniques*, dont la première idée se retrouve dans Marianus Sanctus , et qui ont été reproduits à diverses époques. M. Montain en a récemment proposé un qui se développe à la manière du spéculum de M. Charrière. Les *dilatateurs unis* d'Arnott et de Ducamp ne nous arrêteront pas davantage. Nous passerons de suite aux *bougies.*

Les *bougies*, depuis qu'on traite des rétrécissements de l'urètre, ont eu le privilége presque exclusif d'être employées à les dilater.

On en a fait de différentes substances, quelques-unes se rapprochent par leur action des dilatateurs mécaniques ; ce sont les bougies de corde à boyau et les bougies d'ivoire préparé, qui se gonflent dans le rétrécissement en s'imbibant des humidités du lieu. M. Lallemand a eu beaucoup à se louer des premières. Cependant on leur reproche d'agir avec violence sur le rétrécissement, de causer de l'irritation et de vives douleurs dans l'urètre. Suivant M. Civiale, en repoussant en dehors le cercle de la coarctation, elles y contracteraient des adhérences qui en rendraient l'extraction difficile et douloureuse. Les bougies d'ivoire préparé auraient les mêmes inconvénients, et de plus un autre que voici. Pour leur donner la souplesse convenable on les plonge pendant quelque temps dans l'eau tiède : si elles se ramollissent trop peu, elles sont rigides et blessent l'urètre ; lorsqu'elles se ramollissent trop, elles n'ont plus la résistance suffisante et ne peuvent plus servir à rien. Ce reproche, nous devons le dire, ne nous semble pas très-sérieux ; car si ces bougies avaient d'ailleurs une valeur réelle, on aurait bientôt acquis l'habitude du temps de l'immersion propre à leur donner le degré de souplesse convenable. C'est qu'elles ont un défaut capital : celui de se dissoudre dans l'urètre comme dans le canal lacrymal, dont on les retire souvent diminuées considérablement de volume. Quoi qu'il en soit, elles sont, tout près de leur origine, tombées en désuétude.

Les bougies de cire et les bougies de gomme élastique sont celles que se partage aujourd'hui la pratique.

Ces bougies ont trois formes principales : elles sont coniques, cylindriques ou fusiformes. Les premières vont en diminuant de leur base à leur sommet ; les secondes, cylindriques dans la plus grande partie de leur longueur, commencent à s'effiler à environ trois centimètres de leur extrémité vésicale ; enfin les dernières se renflent en fuseau non loin de la même extrémité.

M. Leroy-d'Étiolles a des bougies de caoutchouc courbes ; il en a de très-fines dont la pointe est tortillée et qui lui ont réussi souvent quand toutes les autres avaient échoué. Chemin faisant nous dirons les cas où elles sont indiquées.

Comment on doit procder à la dilatation temporaire. Dans la forme de rétrécissement dont il s'agit en ce moment, c'est-à-dire celle qui admet l'urine et les bougies, le malade est en général debout quand il reçoit la visite de son chirurgien, et c'est cette attitude qui est la plus commode pour l'opérateur. Le sujet adossé à un meuble ou à la muraille, le chirurgien s'assied en face de lui et appuie ses genoux contre les siens pour l'empêcher de les trop fléchir. Si le sujet est couché, on se place à droite ou à gauche de son lit. Alors, quelle que soit la position dans laquelle on pratique l'opération, on enduit la bougie d'un corps gras, huile, cérat, etc., puis on la présente au canal de l'urètre en saisissant la verge de la manière que tout le monde connaît, et sur laquelle nous reviendrons d'ailleurs en traitant du cathétérisme en général. Ce qui importe, c'est d'exercer sur le pénis une traction suffisante pour effacer les plis de la muqueuse urétrale, et de ne faire avancer la bougie dans le canal qu'avec une extrême douceur, en la retirant dès que sa pointe s'engage dans une lacune. On s'aperçoit que la bougie pénètre dans le rétrécissement au frottement et à la résistance qu'elle éprouve tout en progressant. Il y a une méprise ici contre laquelle il faut se tenir en garde, c'est que l'instrument peut paraître avancer quand il est arrêté par la coarctation. Si c'est une bougie de gomme elle se fléchit, et dès qu'on l'abandonne elle semble sortir de l'urètre quand elle ne fait que se redresser par son élasticité. L'illusion peut se présenter sous une autre forme qui n'aurait plus ce signe pour la faire reconnaître : la bougie, au lieu de s'engager dans l'obstacle ou d'y arc-bouter sa pointe, la recourbe contre lui et rebrousse chemin ; à mesure qu'on enfonce la grosse extrémité, la petite revient de plus en plus vers le méat. Il est même arrivé à Chopart, ainsi qu'à beaucoup d'autres chirurgiens, d'en voir ressortir la pointe quand il la croyait dans la vessie. C'est d'ailleurs un inconvénient qui n'a guère lieu qu'avec les bougies très-fines.

Avec la bougie de cire l'erreur peut être la même, mais elle a une autre cause ; il arrive qu'on la croit engagée dans le rétrécissement lorsqu'elle se plie ou se recourbe au-devant de lui ; elle ne tend point à ressortir complétement ; elle distend l'urètre par l'augmentation de volume et le ressort que lui donne sa duplicature et, en frottant ainsi contre les parois du canal, elle offre à la main qui la retire une résistance insidieuse, dont on n'a bien la clef que lorsqu'on a sous les yeux la pointe déformée de l'instrument.

Si l'on échoue avec une bougie dont on a calculé le diamètre sur celui du jet urinaire, on en prend une plus petite et l'on arrive quelquefois d'emblée dans la vessie. Mais si la première a pénétré en partie dans le rétrécissement, de manière à être fortement pincée, ce n'est pas toujours une raison de lui en substituer une autre moins volumineuse ; au contraire, ce peut être un motif de recourir à une plus grosse. Telle est la pratique de M. Mercier : avec la seconde bougie, il dilate davantage le chemin qu'avait fait la première ; et l'une préparant ainsi alternativement la voie de l'autre, il finit par venir à bout de franchir tout le rétrécissement. M. Mercier assure que ce procédé ne lui a jamais fait défaut ; et il vient de réussir entre les mains de M. le professeur Bérard, à la Pitié, sur un malade où toutes les autres manœuvres avaient successivement échoué.

Quel qu'ait été son mode d'introduction, une fois que la bougie a pénétré, combien de temps faut-il la laisser en place dans la dilatation temporaire ? Depuis deux à trois minutes jusqu'à une demi-heure, suivant M. Civiale (*l. cit.*, p. 222) ; et d'après M. Leroy-d'Étiolles, depuis une minute jusqu'à une demi-heure (*l. cit.*, p. 206) : suivant la sensibilité de l'urètre. Croirait-on qu'on ait voulu se faire son procédé, sa méthode, comme on dit, en ne laissant dans tous les cas séjourner la bougie qu'une mi-

nute, ou qu'une fraction de minute? Nous n'avons point à qualifier ces prétentions; elles ne nous arrêteront pas. La règle, nous l'avons énoncé, et nous le répétons est, depuis une minute jusqu'à une demi-heure suivant les susceptibilités du canal. Cette dernière limite n'est pas même tellement sacramentelle qu'on ne puisse souvent la dépasser sans danger et même avec avantage. M. le professeur Velpeau et la plupart des chirurgiens des hôpitaux, M. Vidal de Cassis par exemple, qui soigne beaucoup de ces maladies aux Vénériens, font garder l'instrument parfois quelques heures. Quelquefois ce dernier ne fait que passer la bougie ou la sonde; il pratique alors ce qu'il appelle le *cathétérisme spontané.*

On remplace la bougie tous les jours jusqu'à la guérison complète, en suivant la marche suivante :

« Dans la majorité des cas, le diamètre des bougies peut être augmenté d'un demi-millimètre par séance; ce qui fait vingt jours environ, comme terme ordinaire du traitement. Voici la marche et la manière de procéder que je suis le plus souvent : Dans les deux premières séances une seule bougie est introduite, et laissée un quart d'heure, si elle est gardée sans fatigue; dans la troisième séance, la bougie de la veille est d'abord introduite, puis, après un quart d'heure, on en présente une d'un demi-millimètre plus volumineuse : celle-ci séjourne un quart d'heure ou une demi-heure à son tour; dans la quatrième, après le séjour des deux premières bougies, on essaie d'une troisième plus grosse encore d'un demi-millimètre tous les jours, ayant surtout la précaution de commencer par introduire les bougies qui la veille pénétraient avec facilité, et de les faire séjourner chacune cinq à dix minutes. Tous les deux jours, ou même tous les trois jours, quand les rétrécissements sont calleux, à mesure que le calibre des bougies augmente, on supprime la plus petite de la série et l'on commence par la seconde, puis par la troisième, jusqu'à ce que les plus grosses, c'est-à-dire sept et demi, et même pour quelques personnes huit millimètres passent d'emblée sans résistance.

» Lorsqu'on arrive à introduire quatre millimètres, il convient de ne plus employer que des bougies courbes qui violentent moins que les grosses bougies droites, les régions profondes de l'urètre, ainsi que nous l'avons dit en décrivant les divers moyens de dilatation, et qui s'engagent mieux dans l'origine de la région membraneuse. » (Leroy-d'Étiolles, *Sur les rétrécissements de l'urètre*, page 209.)

Le traitement dure en général de vingt à trente jours, quelquefois six semaines.

« Vers la fin du traitement, il importe de se rappeler, dit M. Civiale, les mesures que j'ai données du diamètre de l'urètre dans ses diverses parties. La dilatation n'est complète qu'après qu'on a ramené le point rétréci à son calibre normal. Alors on se trouve quelquefois obligé d'inciser le méat urinaire, lorsqu'il possède trop peu d'extensibilité. Alors aussi les bougies à ventre paraissent offrir quelque utilité : elles ne causent de douleurs qu'au moment où il s'agit de les introduire et de les retirer; mais cette douleur momentanée, principalement celle qu'entraîne la sortie de la bougie, est assez forte, et suffit souvent pour provoquer des accidents nerveux et entretenir la phlegmasie de l'extrémité de l'urètre, en sorte qu'on ne doit point hésiter à pratiquer une et même plusieurs incisions au méat urinaire par le procédé que j'ai fait connaître. Il le faut d'autant plus que les mêmes accidents ont quelquefois lieu par l'emploi des bougies cylindriques. Quand on introduit celles-ci, on voit l'orifice urétral refoulé; mais la constriction du méat s'observe surtout pendant qu'on les retire, l'instrument semble ne tenir qu'à un seul point, et la verge se trouve entraînée, quelquefois allongée outre mesure par le restant de la bougie. Faute d'avoir eu recours au moyen que j'indique, beaucoup de traitements par les bougies, ou sont demeurés incomplets, ou ont entraîné des accidents graves. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 1re part., p. 222.)

Nous avons supposé que les choses se passaient régulièrement ou au moins sans trop de difficulté ; mais il n'en est pas toujours ainsi ; des embarras divers peuvent survenir de l'état général du sujet, ou de l'état local du canal de l'urètre. Le malade peut être très-nerveux et tomber en syncope dès que la bougie lui touche le canal ; dans ce cas, s'il n'est pas au lit, il faut l'y faire mettre, le rassurer et redoubler de douceur dans l'introduction de l'instrument. On a conseillé, pour combattre les symptômes qui se développent dans cette circonstance, des saignées, des bains, etc. ; on peut y recourir, mais le moyen le plus efficace consiste à passer des bougies dans la partie de l'urètre antérieure à l'obstacle uniquement dans le but d'habituer le canal à leur contact. Il y a long-temps que la lithotritie a enseigné cette influence, et MM. Civiale et Leroy-d'Étiolles sont d'accord pour la signaler.

D'autres fois il arrive que n'admettant pas immédiatement la bougie, le rétrécissement la reçoit quand il y a un certain temps que la pointe de l'instrument pèse sur l'aire du cercle qui le représente ; aussi Chopart, Desault, Dupuytren, et beaucoup d'autres après eux, avaient-ils coutume dans ce cas de confier au malade le soin de tenir la bougie appuyée contre l'obstacle pendant dix minutes ou un quart d'heure, et souvent elle pénètre alors. On s'est donné beaucoup de peine pour expliquer ce résultat, illogique en apparence si l'on ne tient compte que de la turgescence que doit amener dans la coarctation la présence irritante du corps étranger. Il nous semble, à nous, que dans le cas où la manœuvre réussit, c'est par deux raisons : d'abord parce que la compression de l'instrument sur le rétrécissement en chasse mécaniquement le liquide, en affaisse excentriquement le pourtour en le dégorgeant, et qu'à côté de cette action toute physique, il y en a une vitale, la chute du spasme qu'avait pu au commencement faire naître dans le rétrécissement la présence de la bougie. Du reste, quelle que soit la théorie, le fait est réel, et c'est là ce qui importe.

Il est des cas où après des tentatives prolongées on ne parvient à faire pénétrer aucune bougie ; alors dès qu'il se fait un suintement sanguin, ou que le malade se plaint sérieusement de ces essais infructueux, il faut les interrompre, ou les remettre au lendemain où l'on est souvent plus heureux.

La durée moyenne des séances est de trente à quarante minutes. La plupart du temps l'augmentation de volume de la bougie de remplacement fait naître une irritation à peine sensible, ou qui se calme au bout de cinq à dix minutes après lesquelles la bougie primitivement serrée devient libre, et c'est alors que son effet dilatant commence, phénomène tout à fait contraire, suivant M. Leroy-d'Étiolles, à l'opinion qui veut qu'on enlève toujours la bougie après quelques minutes de séjour. Nous n'attachons aucun mérite à ces procédés qui se taillent si aisément aux dépens des autres ; mais nous dirons que s'il y avait ici une question ce serait aux faits seuls qu'il appartiendrait de la résoudre : l'explication viendrait après ou ne viendrait pas, peu importe.

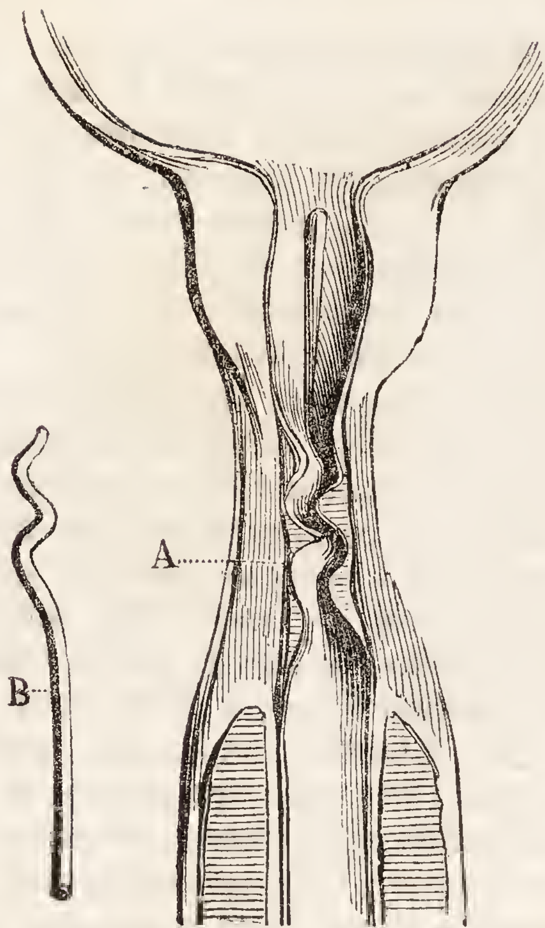
Vient-on encore à échouer par ce procédé, on peut recourir aux bougies tortillées de M. Leroy-d'Étiolles ; bougies dont les figures 10 et 11 montrent à la fois la forme et l'action. Cet instrument est préférable quand il est à courbure fixe ; mais, au besoin, on peut en tordre la pointe et réussir également. Il n'est pas nécessaire pour les introduire de leur imprimer un mouvement de vrille.

Arnott a décrit, à la page 81 de l'ouvrage que nous avons déjà cité : *Treatise on strictures of the urethra*, un conducteur

Figure 10.



Figure 11.



destiné à diriger la pointe de la bougie dans les rétrécissements excentriques; Ducamp l'adopta en le perfectionnant par la disposition qu'il donna à l'orifice vésical du tube, orifice qui présentait l'extrémité de la bougie là où le porte-empreinte avait indiqué la situation du centre de la coarctation: le passage, en un mot. On conçoit le parti que l'on peut tirer de ces conducteurs; M. Leroy-d'Étiolles, qui en apprécie convenablement la valeur, voudrait qu'ils eussent une courbure fixe, au lieu d'être droits comme ceux d'Arnott et de Ducamp.

M. Leroy-d'Étiolles a employé un moyen qui est une combinaison de ceux conseillés par Trye, Sœmmering et Arnott; ce moyen, destiné à faciliter l'introduction de la bougie dans la coarctation, consiste à injecter un liquide dans l'urètre et à l'y maintenir, tandis qu'on s'efforce de faire pénétrer la bougie : de cette manière on réussit et on échoue. On y a rarement recours.

Hunter recommande une pratique plus aisée, mais dans laquelle nous n'avons pas plus de confiance qu'il ne paraît en avoir eu lui-même; c'est de frictionner le périnée avec le doigt pendant qu'on essaie de fa entrer la bougie dans le rétrécissement.

Il y a une difficulté qu'on peut surmonter dans toutes les méthodes, mais qui se fait sentir dans la dilatation et surtout dans la dilatation temporaire : c'est l'hypospadias. C'est plus qu'une complication d'un rétrécissement du méat, car l'orifice n'est pas dans l'axe du canal. Il nous semble cependant que l'auteur de l'observation suivante aurait pu débrider l'orifice anormal.

Obs. 19. « M. Finet, âgé de cinquante-cinq ans, a eu, dès son jeune âge, plusieurs gonorrhées très-rebelles. Depuis l'âge de quarante ans il éprouvait de la difficulté à uriner, des douleurs dans le canal, des pesanteurs et des tiraillements dans les aines et les lombes, et un écoulement presque aussi abondant que celui d'une blennorrhagie récente. Il urinait souvent jusqu'à six fois chaque nuit, peu à la fois, par un jet filiforme et bifurqué, et ses urines portaient une odeur ammoniacale bien prononcée. Il subit divers traitements par les bougies : le premier, dirigé par feu Sabatier, procura un soulagement d'une année à peu près; les autres facilitèrent l'écoulement des urines pour quelques mois seulement; mais aucun ne supprima l'écoulement blennorrhagique, signe pathognomonique de l'inflammation du canal. Il est vrai de dire qu'on n'a jamais pu, dans ces traitements, porter la dilatation aussi loin qu'on est dans l'usage de le faire, à cause d'un vice de conformation de la verge, d'une sorte d'hypospadias. Le méat urinaire, au lieu d'être placé à l'extrémité du gland, est situé derrière la couronne de cet organe, et l'ouverture est beaucoup moins large et moins extensible que dans l'état normal.

» Le 17 novembre 1821, j'introduisis dans l'urètre une bougie de moyenne grosseur, qui s'arrêta, à cinq pouces huit lignes, sur un rétrécissement d'une sensibilité extrême. Lorsque je retirai la bougie, du mucus épais adhérait à son extrémité. Je pris une empreinte, l'ouverture était à sa partie inférieure. J'essayai, par le procédé ordinaire, de passer une bougie, et je ne pus y parvenir; j'en introduisis une avec un conducteur portant une éminence près de son extrémité; je retirai cette bougie et j'en mis

une conique un peu plus grosse. Le lendemain, j'introduisis, par le même procédé, une bougie chargée de cire à mouler ; elle rapporta une rainure d'une ligne et demie d'étendue. J'introduisis ensuite dans le canal le porte-caustique, et je fis une application d'une ligne et demie que je dirigeai sur la paroi supérieure de l'obstacle.

» Le 21 (quatrième jour du traitement), le jet de l'urine était gros comme une plume de canard, et le malade urinait avec facilité et sans douleurs. Il avait rendu la veille plusieurs morceaux d'eschare, dont un d'une ligne de largeur; j'introduisis sans peine une bougie n° 2 jusque dans la vessie ; je pris une empreinte; il existait encore un bourrelet assez prononcé à la partie supérieure ; j'y dirigeai le porte-caustique.

» Le 24 (septième jour), l'urine sortait par un jet de grosseur presque naturelle, mais éparpillée et bifurquée. Je pris une empreinte : le bourrelet n'était pas plus fort à la partie supérieure qu'à l'inférieure. J'introduisis une bougie cylindrique n° 6; elle franchit l'obstacle, mais en s'y trouvant serrée. Je fis en conséquence une application circulaire.

» Le 27 (dixième jour), le jet était de grosseur naturelle : j'introduisis avec facilité la bougie n° 6 ; je la remplaçai par un dilatateur de trois lignes de diamètre, qui fut distendu avec l'air et gardé pendant cinq minutes.

» Le 28, je remis le même dilatateur et une bougie à ventre de deux lignes et demie de diamètre, laquelle se trouva assez fortement serrée en franchissant l'ouverture extérieure de l'urètre. Le malade remit cette bougie le lendemain.

» Le 30 (treizième jour), je mis un dilatateur de quatre lignes de diamètre, et je le remplaçai par une bougie à ventre de trois lignes de diamètre ; mais celle-ci ne franchit l'ouverture de l'urètre qu'avec peine et en causant de la douleur.

» Le 1er décembre, je mis le dilatateur de quatre lignes et demie. Il fut gardé pendant dix minutes sans douleur. Je remis la bougie de trois lignes.

» Le 3, je voulus, après avoir remis le même dilatateur, mettre une bougie à ventre de trois lignes et demie; mais l'ouverture dure et inflexible de l'urètre lui opposa une résistance telle que je fus obligé de renoncer à l'introduire. Je remis celle de la veille, et, pour suppléer à l'introduction de la grosse bougie, je dilatai le canal tous les jours jusqu'au 12, et tous les deux jours jusqu'au 20.

» M. Finet jouit depuis ce traitement d'une parfaite santé, il urine par un jet très-fort; il n'est plus obligé de se relever la nuit pour uriner, et il garde ses urines aussi long-temps que l'homme le mieux portant. Son écoulement a entièrement disparu. Afin de m'assurer de l'état de son canal, j'ai introduit, il y a deux jours, une bougie à ventre de trois lignes; elle n'a rencontré de résistance qu'à l'ouverture extérieure de l'urètre. » (Ducamp, *Traité des rétentions d'urine*, page 238.)

b. Dilatation permanente. Il y a, avons-nous dit, deux sortes de dilatation permanente : l'une rapide, ou coup sur coup, et l'autre lente, permanente à proprement parler. Occupons-nous d'abord de la première.

Il est des rétrécissements tellement durs qu'après avoir admis une ou deux bougies, ils refusent la troisième et deviennent ainsi insurmontables à la dilatation temporaire. Les coarctations qui se montrent ainsi rebelles sont celles dont la nature fibreuse est très-prononcée, soit qu'elles aient d'emblée revêtu ce caractère ou qu'elles l'aient acquis à la suite de nombreuses cautérisations, suivies ainsi d'un effet contraire à celui qu'on en attendait. Ce tissu inodulaire, qui résiste à l'action momentanée des bougies, on ne peut lui donner de la souplesse et l'élargir que par l'influence prolongée d'un corps dilatant qui provoque sinon la suppuration du rétrécissement, du moins l'exsudation muqueuse de la membrane qui le tapisse en dedans. Quelle doit être la durée de la présence du corps étranger dans le rétrécissement pour lui imprimer cette heureuse modification ? Elle est variable comme la résistance de l'obstacle. Il y a des rétrécissements qui après vingt-quatre à trente-six heures du séjour d'une petite sonde perdent de leur dureté et se prêtent ensuite à la dilatation temporaire; pour

d'autres, au contraire, il faut changer les heures en jours, c'est-à-dire qu'ils ne s'effacent qu'après vingt à trente jours de l'action permanente de la sonde. Comme il est souvent impossible de prévoir la résistance de la coarctation, on devra toujours commencer par la dilatation temporaire, et, si celle-ci ne réussit pas, passer à la dilatation permanente rapide, pour, en cas d'échec, en venir finalement à la dilatation permanente lente. C'est le moyen d'épargner au malade la fatigue et les ennuis d'un traitement trop prolongé. Il est des cas où la dilatation prompte est nettement prescrite, c'est lorsqu'il y a un calcul dans la vessie. Les convenances ou les intérêts sociaux du malade l'exigent souvent.

Comment on procède à la dilatation temporaire rapide. On a commencé le traitement par les bougies, et après la deuxième, je pense, il est possible d'en introduire une troisième d'un numéro plus élevé. Eh bien alors il est en général facile de substituer à la bougie qu'on retire une sonde de même calibre. Il est préférable que cette sonde soit à courbure fixe; elle est plus facile à passer et fatigue moins l'urètre. Il faut également pour cette double raison essayer d'abord de les passer sans mandrin.

« Pour introduire les sondes courbes flexibles, il suffit de bien tendre la verge en haut, la tenant appliquée le long du ventre et de pousser la sonde perpendiculairement, sans faire de mouvement de bascule, sans incliner à droite ou à gauche, jusqu'à ce que l'on soit parvenu dans la vessie, ce dont le chirurgien est averti par le défaut de résistance et par la sortie de l'urine. Si l'on éprouve un arrêt, il convient de tenir le bec de la sonde appuyé sur l'obstacle, pressant fort doucement, sans faire de mouvement aucun, et pour l'ordinaire, après une minute au plus d'attente, l'instrument pénètre. » (Leroy-d'Étiolles, *loco cit.*, page 270.)

Pendant que l'urine s'écoule, on retire peu à peu la sonde jusqu'à ce que l'écoulement s'arrête; puis on la renfonce à deux ou trois centimètres. Cette manœuvre a pour but de ne laisser la sonde saillir dans la vessie que de la quantité suffisante à l'évacuation du réservoir urinaire. On évite ainsi un accident formidable sur lequel nous insisterons plus loin, la perforation de la vessie.

Quant à la manière de fixer la sonde, la meilleure est encore celle qu'avait décrite J.-L. Petit d'une façon si pittoresque: un suspensoir muni de quatre cordons qui se rendent à l'extrémité externe de l'instrument. Deux sous-cuisses attachés à une ceinture peuvent remplacer le suspensoir en servant de point d'attache aux cordons contentifs. On a presque généralement renoncé à enrouler ces cordonnets autour de la verge, à cause surtout du changement de grosseur et de longueur que l'érection amène dans l'organe.

Cependant « on évite toute difficulté, dit M. Civiale, si l'on entoure d'abord la partie du pénis sur laquelle doivent être fixées les ligatures d'une bandelette de diachylum gommé, surtout en ayant soin de comprendre quelques poils qui concourent à empêcher tout déplacement, lors même que l'appareil est peu serré. » (Civiale, *l. cit.*, p. 258.)

On peut recourir à ce moyen ainsi modifié; il peut convenir à certains cas, et il en est où l'on est obligé d'essayer de tout successivement.

Les cordons se fixent sur la sonde, à un travers de doigt du méat. Si les sondes sont très-fines et très-souples, il faut multiplier ces liens, les distribuer comme des rayons autour de l'instrument, afin qu'il ne puisse pas, en s'inclinant d'un côté, se fléchir et sortir ainsi de l'urètre.

« Trois règles essentielles doivent être suivies dans l'application de la dilatation permanente rapide : la première c'est d'attendre, pour passer de la première sonde à une plus grosse, que le tissu formant relief soit amolli, assoupli par le contact du corps étranger; or cela n'a guère lieu qu'au bout de vingt-quatre heures : le volume du corps dilatant ne fait rien à ce travail préliminaire de la nature, une bougie fine le produirait. Si l'on voulait grossir les sondes après quelques heures seulement, avant que le tissu se soit assoupli, il y aurait une réaction qui compromettrait le succès; tandis que si l'on attend vingt-quatre ou trente-six

heures pour changer la première sonde, on peut ensuite augmenter rapidement le calibre de celles qui suivent.

« La seconde règle est la suivante : suspendre le traitement et retirer les sondes dès que l'on voit survenir des besoins très-fréquents d'uriner, miction douloureuse, urines muqueuses avec stries de sang, mouvement fébrile. Rarement ces symptômes paraissent avant le quatrième ou le cinquième jour; mais à ce moment la dilatation est ordinairement accomplie, et l'extraction de la sonde, suivie de quelques bains, les fait disparaître immédiatement.

» Troisième règle : lorsque la dilatation sera complète, lorsque la sonde de sept et demi ou huit millimètres aura, comme la première, séjourné vingt-quatre heures, quelques jours de repos seront accordés au malade; après quoi il sera indispensable d'introduire, une demi-heure chaque jour, pendant une semaine environ, des bougies des trois derniers numéros, pour assurer et consolider la dilatation; car il se fait, après l'extraction des sondes, un retrait plus ou moins considérable, auquel on obvie par quelques séances de dilatation temporaire. » (Leroy-d'Étiolles, *Sur les rétrécissements de l'urètre*, p. 271.)

Si le rétrécissement organique se complique de spasme, ce qui a souvent lieu lorsqu'on présente la sonde sans l'avoir fait précéder des bougies, ou lorsqu'on veut reprendre la dilatation interrompue, il peut devenir nécessaire, pour franchir la portion membraneuse, de donner plus de solidité à la sonde en la remplissant par un mandrin qu'on doit en général retirer avant d'arriver à la vessie. La sonde fait avec facilité le reste de son trajet, sans fatigue pour le col du viscère.

La courbure de l'instrument se rapprochera autant que possible de celle de l'urètre; mais cette courbure de l'urètre varie, surtout dans l'état pathologique.

Parmi les nombreux succès que M. Leroy-d'Étiolles doit à cette méthode, nous citerons de préférence le suivant. Il fut obtenu sur un médecin présenté à M. Leroy par l'un de nos confrères les plus distingués, M. Caffe.

Obs. 20. « Un médecin habitant l'une des villes du nord de la France me fut amené, il y a quelques années, par le docteur Caffe : il urinait avec une très-grande difficulté et des efforts qui causaient à l'anus une telle douleur que l'on croyait à l'existence d'une fissure. Je reconnus un rétrécissement très-fort à quinze centimètres et demi; il n'admettait qu'un demi-millimètre. Certaines circonstances exigeaient impérieusement le retour du malade, qui ne pouvait demeurer à Paris plus de six jours. Je lui dis que je ne pouvais lui promettre complète guérison dans un si court espace de temps, mais que du moins j'étais certain d'apporter une grande amélioration à son état. Je fis donc succéder les bougies l'une à l'autre dans l'espace d'une heure, jusqu'à ce que je pusse passer une petite sonde, que je fixai à demeure. Après douze heures, j'en mis une plus forte; puis, six heures après, une autre. Le troisième jour, j'introduisais sans difficulté sept millimètres et demi. Je laissai séjourner celle-ci vingt-quatre heures; puis je donnai un jour de repos. Le cinquième et le sixième jour, introduction facile des bougies cinq et demi, six, sept millimètres et demi. Le malade quitte Paris, urinant à plein canal. Il a continué quelques jours encore l'introduction des grosses bougies pendant une demi heure. » (Leroy-d'Étiolles, *Sur les rétrécissements de l'urètre*, p. 255.)

On ne saurait trop insister sur la nécessité de passer souvent des bougies, si l'on veut empêcher la récidive, si fréquente, des rétrécissements, surtout dans la forme traumatique; mais quelle qu'en soit d'ailleurs la nature, le tissu fibreux qui existe sur les coarctations a une tendance opiniâtre à revenir sur lui-même, à se rétracter, principalement quand rien ne neutralise cette pernicieuse disposition.

Voici encore un autre succès emprunté à la pratique du même chirurgien, et qu'il dut, selon lui, à l'emploi de ses sondes flexibles à courbes courtes, qu'il

appelle *sondes à crochet* ou *sonde à clefs*, et dont voici la figure.

Figure 12.



Obs. 21. « Dans le mois de juin 1818, étant à l'île de la Barbade, j'éprouvai, à la suite d'une violente gonorrhée, beaucoup de difficulté pour uriner. Je consultai le chirurgien du 63e régiment, dans lequel je servais comme lieutenant. Il essaya plusieurs fois de passer une bougie sans y pouvoir parvenir; l'obstacle existait à cinq pouces environ de l'orifice de l'urètre. Ces tentatives furent suivies d'hémorrhagie et de beaucoup de douleurs. Peu de temps après, j'eus une attaque de fièvre qui régnait alors dans l'île. Après avoir échappé à ce danger, je ne m'occupai plus de ma stricture; l'urine continuait de couler difficilement et par un jet très-petit. Au mois de mars 1820, j'eus une autre gonorrhée, qui n'était pas terminée lorsque je reçus l'ordre de revenir en Angleterre. Je souffris beaucoup pendant un voyage de trente-huit jours. Je me rétablis après mon arrivée, mais mon état resta le même quant à l'émission de l'urine, et je n'éprouvai aucun soulagement.

» En novembre 1823, un jeune médecin de mes amis fit plusieurs tentatives infructueuses pour passer une bougie; il me conduisit alors chez M. Ch. Bell, chirurgien d'un grand renom pour la cure des strictures. M. Bell essaya d'introduire une bougie : n'ayant pu y parvenir, il me prescrivit un régime doux et me dit de revenir le voir après quelques semaines pour un nouvel essai; mais je ne jugeai pas à propos d'y retourner. En février 1824, je contractai de nouveau la gonorrhée, et, après avoir bu cinq tasses de thé vert, je ne pouvais plus rendre une goutte d'urine. Mon jeune ami le médecin me fit une saignée du bras, et appela à son aide M. Cartwright, alors chirurgien de l'hôpital de Middlesex; il essaya, mais en vain, de passer un cathéter; dix-huit sangsues furent appliquées au pubis. La douleur et les besoins d'uriner devenaient de plus en plus intolérables; ma vessie était distendue énormément. Je fis appeler M. Travers, chirurgien de *London-Hospital.*

» N'ayant pu parvenir à introduire une sonde en caoutchouc, il força le passage avec une sonde d'argent de moyen calibre. Après cinqnante heures de rétention, il vida la vessie et laissa la sonde en place. Après douze heures, ne pouvant plus la supporter, je l'enlevai; mais je ne pouvais rendre l'urine. M. Travers parvint, en faisant couler beaucoup de sang et causant beaucoup de douleurs, à replacer le même cathéter, qui, cette fois, resta douze jours. Pendant ce temps, je fus tourmenté par des spasmes pour lesquels je pris beaucoup de laudanum et d'aconit. Toutes les nuits j'avais du

délire, et j'étais tombé dans un grand état de faiblesse pouvant à peine parler à voix basse.

» Le cathéter ayant été enlevé, je pus mieux uriner par l'urètre, mais avec beaucoup de douleur et de difficulté. Une tumeur, du volume d'une noix, existait au-dessous du gland ; elle fut absorbée après quelques semaines, mais la difficulté d'uriner continua. (Je suppose que cette douleur était seulement causée par de l'œdème.)

»Dans le mois d'octobre 1843, habitant près Paris, j'éprouvai beaucoup de douleur dans l'urètre, et, peu de jours après, une rétention complète d'urines. Un médecin appelé échoua dans les tentatives qu'il fit pour introduire une bougie ou une sonde. Un bain, dix-huit sangsues au périnée, ne produisirent aucun soulagement. J'envoyai chercher le docteur Leroy-d'Étiolles, qui vint à deux heures du matin et parvint à introduire des bougies fines qui déterminèrent l'écoulement de l'urine. Après quarante-huit heures, une petite sonde en gomme fut introduite. Lorsqu'elle eut séjourné vingt-quatre heures, je la retirai ; et, comme j'urinais assez librement, je ne poussai pas plus loin le traitement, malgré les instances du docteur. Peu de jours après, j'expulsai trois petits calculs ou graviers.

»Au mois d'août 1844, étant dans le nord de l'Écosse, à vingt milles d'Aberdeen, près de Stone-Haven, je fus pris de rétention d'urine complète, à la suite de fatigues causées par de longues marches à travers les monts Grampians. M. Thomson vint et ne put rien passer dans la vessie. J'envoyai un courrier chercher M. Willamson, chirurgien de l'hôpital d'Aberdeen ; il essaya de passer un cathéter, et, ne pouvant y parvenir, il me fit, après cinquante heures, une ponction par le rectum. Pendant deux jours l'urine fut chargée de sang ; ensuite, il en passa un peu par l'urètre et je rendis par la même voie quelques petits graviers. Après quatre jours, la canule de l'anus fut extraite ; et le surlendemain la plaie de la ponction était fermée complétement.

Aussitôt que je me crus assez fort, c'est-à-dire quatorze jours après l'opération, je partis pour Paris et, le 9 septembre, je me rendis chez M. Leroy-d'Étiolles, qui passa de suite une bougie, et, quelques minutes après, une petite sonde en gomme, avec laquelle je remontai en voiture pour retourner chez moi. Le lendemain matin, une autre sonde plus grosse fut introduite ; une troisième le soir ; le surlendemain, deux autres plus volumineuses encore. Le docteur me permit alors de les ôter, et six jours de suite de grosses bougies furent introduites pendant une demi-heure. Aujourd'hui, j'urine par un jet plein et fort, et je suis guéri d'une effroyable stricture chronique.

» W. K. M....

» Janvier 1845. »

« Comment s'est-il fait que j'aie pu introduire des bougies et des sondes là où tant de chirurgiens du premier mérite avaient échoué ? Uniquement grâce à la *sonde flexible et petite courbe*. La première fois que je vis le malade, en octobre 1843, la rétention avait été produite par des graviers arrêtés derrière un rétrécissement. Pour le franchir, je fus obligé de me servir d'une bougie tortillée qui déplaça le gravier et put être suivie d'une autre, puis d'une sonde fort mince qui traversa l'angustie, s'insinua entre les parois, mais fut arrêtée dans la région de la prostate. Alors je pris une petite sonde flexible à crochet, et elle arriva sans difficulté jusqu'à la vessie. Lorsque l'année suivante M. M... se présenta à moi, je me servis tout d'abord d'une sonde de cette forme qui pénétra sans difficulté. » (Leroy-d'Étiolles, *Sur les rétrécissements de l'urètre*, p. 292.)

Sans contester l'explication de l'auteur, nous rappellerons, ce qu'il n'ignore pas, que mille petites circonstances souvent inexplicables font qu'on pénètre dans un moment puis qu'on échoue dans l'autre ; qu'un instrument qui avait échoué passe facilement à une tentative suivante, etc.

La grande flexibilité de l'instrument lui permet en outre de se mouler sur

l'urètre déformé, et de pénétrer dans la vessie sans violence, comme on le voit dans la figure 13.

Figure 13.



Dilatation permanente lente. Dans ce procédé la cure au lieu d'être obtenue en trois ou quatre jours en coûte vingt ou trente; et les sondes, au lieu d'être changées toutes les huit ou dix heures, ne le sont que tous les quatre ou cinq jours. C'est le mode de dilatation encore usité dans la plupart des hôpitaux; MM. Civiale et Leroy-d'Étiolles ne l'appliquent qu'exceptionnellement, lorsque les deux autres procédés de la méthode, la dilatation temporaire et la dilatation permanente rapide, ont échoué. Il est, en effet, des coarctations dures qui ne cèdent qu'à l'action réellement permanente et long-temps prolongée de la sonde. « Encore, dit M. Leroy-d'Étiolles, réussit-on d'ordinaire mieux par la dilatation permanente rapide, suivie de la dilatation temporaire pendant quelques jours. » (*L. cit.*, p. 275.)

D'après cet auteur, le seul cas où le long séjour des sondes ait un avantage incontestable, c'est la coexistence d'un rétrécissement organique de l'urètre avec un obstacle au cours de l'urine produit par une hypertrophie de la prostate, par la raison que l'engorgement de cette glande se dissipe souvent par l'influence long-temps soutenue de l'instrument.

C'est surtout à l'occasion de la dilatation permanente lente qu'il convient d'étudier les accidents auxquels expose l'application prolongée de la sonde. D'a-

bord elle provoque communément l'irritation catarhale de l'urètre, et le produit de sécrétion est parfois assez abondant pour affaiblir le malade, ainsi que M. Civiale a pu l'observer. Il faut convenir cependant que cette blennorrhagie de cause mécanique acquiert très-rarement cette importance, et qu'il n'est peut-être pas de lésion à laquelle s'applique mieux le mot *sublata causa, tollitur effectus;* tant la cessation de l'écoulement suit de près l'ablation de l'instrument.

Il n'est pas rare non plus que le catarrhe de la vessie se développe sous la même influence ; mais il n'arrive presque jamais alors non plus à un degré d'intensité inquiétant. Dans certains cas, l'urètre reçoit de la présence permanente de la sonde une lésion plus grave ; c'est une eschare qui se forme à la région membraneuse. M. Leroy-d'Étiolles explique très-bien comment ce sont les deux extrémités de la courbe qui figure la portion fixe de l'urètre qui doivent le plus souffrir de la pression, et comment celle qui correspond au col vésical étant molle en évite le mieux les effets. Nous avons vu plusieurs fois la mortification de cette portion de l'urètre, la membraneuse, occasionnée par les sondes, une fois entre autres avec M. Leroy-d'Étiolles dans le service de Sanson, et toujours, nous l'avouerons, il nous a été impossible de préciser le point qui avait été le premier atteint. Est-ce parce qu'à cette profondeur il est difficile de bien observer le début du mal? est-ce parce qu'il est en général peu facile d'établir des rapports bien constants de la cause à l'effet qui la suit? Nous soumettons ces questions à M. Leroy-d'Étiolles.

Enfin la plus grave lésion qu'on peut reprocher aux sondes à demeure, c'est la perforation de la vessie par leur bec. Heureusement que cet accident généralement mortel est presque entièrement le résultat de l'inhabileté ou de l'imprudence. Car, si l'on a le soin de fixer la sonde après la manœuvre indiquée pour n'en laisser saillir dans le réservoir urinaire que la longueur suffisante, ce malheur sera impossible. M. Lallemand en cite des exemples, et nous en avons vu nous-même deux dans les hôpitaux de Paris. Il en est de cet accident comme de tous ceux qui sont rares ; le chirurgien ne s'en préoccupant point assez, il lui échappe de négliger les mesures très-simples qui en mettent à l'abri.

Nous ne pouvons nous empêcher de mentionner la mort si tragiquement singulière de ce malade de l'Hôtel-Dieu, qui, éprouvant des douleurs atroces à la suite d'une perforation vésicale, sauta par la fenêtre de l'hôpital et se tua sur le pavé. A l'autopsie on trouva un épanchement d'urine dans le péritoine. Ne suffit-il pas d'avoir été frappé de l'observation ou de la lecture d'un de ces accidents pour avoir toujours la pensée de prendre la précaution si facile qui les prévient?

La manière dont les malades supportent les sondes à demeure est très-diverse. En général cependant elles déterminent peu de douleur et l'urètre s'y habitue ; mais il est des cas où elles déterminent une souffrance telle, que les malades les arracheraient si l'on ne se hâtait de les en débarrasser. Heureusement que ces cas sont tout à fait exceptionnels.

Cautérisation. Les anciens attaquaient ce qu'ils appelaient les carnosités de l'urètre avec différents caustiques d'une composition ordinairement très-compliquée et mystérieuse, qui restait presque toujours la propriété de son auteur ; car il est à remarquer que ce sont toujours les maladies des parties honteuses qui ont été dans tous les temps les plus exploitées par le charlatanisme. Ce qui n'arrive pas toujours, on a commencé ici par la simplicité : c'est-à-dire qu'on imprégnait la pointe d'une bougie emplastique de la substance caustique, et qu'une fois que cette matière était bien incorporée à la bougie on introduisait l'instrument ainsi armé dans la coarctation ; suivant que la pointe de la bougie était seule armée du caustique ou qu'il recouvrait l'instrument dans une longueur plus ou moins considérable, la cautérisation se faisait d'avant en arrière ou latéralement. C'est là la division que nous adopterons, en ne nous occupant toutefois ici que de la cautérisation latérale ; puisque nous étudions les rétrécissements qui admettent les bougies, et que la cautérisation d'avant en arrière n'est applicable qu'aux

cas où le passage de la bougie est impossible.

Les rétrécissements fibreux, surtout ceux de la portion membraneuse, qui ne cèdent pas à la dilatation, doivent être traités par la cautérisation. C'est à peu près là que se réduit aujourd'hui l'usage de cette méthode que Ducamp et ses successeurs avaient tant mise en vogue. Encore est-il convenable d'appeler à son aide la dilatation temporaire.

Examinons les procédés de la cautérisation latérale, ou de celle qui attaque la coarctation de dedans en dehors.

Ce procédé comporte deux variétés : dans l'une, c'est en avançant vers la profondeur de l'urètre qu'agit l'instrument à cautériser ; dans l'autre, c'est en se retirant, pendant sa sortie, que la substance caustique est mise en contact avec la coarctation. En parlant des instruments, nous en indiquerons, chemin faisant, la manœuvre ; la nature du sujet ne permettant pas de les ranger sous deux chefs qui se rapporteraient aux deux variétés signalées.

Quant au moyen déjà usité autrefois, et auquel on semble revenir aujourd'hui, c'est-à-dire la cautérisation avec des bougies imprégnées de caustique, voici comment l'expose M. Civiale :

« Dans un grand nombre de cas j'ai pratiqué la cautérisation de l'urètre au moyen d'un procédé renouvelé de celui dont les anciens faisaient usage. Il consiste à prendre une bougie en cire proportionnée au diamètre du point rétréci, à la rouler sur du nitrate d'argent en poudre dans l'étendue d'un pouce près de son extrémité, à la frotter ensuite avec un linge pour enlever la portion de poudre qui pourrait ne pas s'être incorporée avec la cire, et à l'introduire au moyen d'un conducteur pour garantir la partie antérieure de l'urètre. On la glisse dans la coarctation, dont on a préalablement constaté la situation et l'étendue en tout sens par l'emploi des bougies simples, et on ne laisse sortir de la portion imprégnée de caustique que la longueur rigoureusement nécessaire pour atteindre le point malade, ce qu'il est, en général, facile de déterminer d'avance.

» Ce procédé mérite la préférence toutes les fois qu'on a besoin de pratiquer une cautérisation circulaire sur une surface étendue, comme il convient quelquefois de le faire pour les rétrécissements longs, indurés, qui résistent à la dilatation, et dans lesquels on cherche à ranimer la vitalité presque éteinte. C'est aussi ce qu'on fait chez les sujets atteints de certains états morbides ou d'écoulements urétraux ayant leur siége soit dans la partie profonde de l'urètre, soit au col de la vessie. J'ai fait connaître des cas nombreux de ces sortes d'applications, tant dans ce volume que dans les deux suivants, en même temps que j'ai indiqué la manière d'agir dans chaque série de circonstances.

» Chaque application ne doit pas durer au delà d'une à deux minutes. Une même bougie peut servir à plusieurs reprises. La seconde, et surtout la troisième fois, son action étant plus lente, on peut la laisser en place pendant cinq minutes.

» L'emploi du conducteur compliquant la manœuvre, on peut le supprimer ; mais alors il faut avoir soin d'enduire la bougie d'un corps gras, et de l'enduire avec promptitude.

» Chacun des principaux procédés que je viens de décrire pour la cautérisation de l'urètre était appliqué de loin en loin à des cas qui le réclamaient, et les opinions tendaient à se fixer de plus en plus sur la valeur de ce moyen thérapeutique adopté seulement par quelques chirurgiens du second ordre. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 1re partie, p. 282.)

M. Jobert de Lamballe retire également de très-grands avantages de ses *bougies aluminées*, qu'il prépare de la manière suivante : on ramollit à la chaleur de la flamme d'une bougie la pointe d'une bougie emplastique, on roule la partie ramollie dans la poudre d'alun, puis on rend avec les doigts sa forme primitive à l'extrémité de l'instrument, qu'on introduit ensuite dans la coarctation. Nous reviendrons sur l'action de ces bougies.

Au lieu d'incorporer la poudre dans l'écorce de la bougie, plusieurs chirurgiens ont eu l'idée de l'appliquer directement sur le rétrécissement. C'est ainsi qu'Ambroise Paré entendait *couper* et

comminuler les carnosités. Son appareil se composait d'un tube ouvert à ses deux extrémités, et d'un stylet muni d'un petit tampon de linge. L'extrémité vésicale du tube conducteur appliquée contre le rétrécissement, le stylet, dont le tampon avait été chargé de caustique, était introduit dans le tube, et la poudre ainsi déposée sur la coarctation.

C'est par un procédé et avec un instrument analogues que Guillaume Loyseau guérit le bon roi Henri IV.

Obs. 22. « Je ne fis faute me rendre près de Sa Majesté à mesme temps que M. de la Riuiere m'auoit mandé, auec vne pouldre que i'avoy composee à Bergerac, ensemble un instrument que i'inventay, faict en forme de canule, pour servir de sonde et pour porter le médicament sur la carnosité ; lequel instrument M. de la Riuiere approuua grandement, et mesme ma pouldre, avec lequel remède ie consumay la dite carnosité dans dix ou douze iours, et l'ulcère fut cicatrisé dans trois semaines après. J'auois composé un vnguent de ma pouldre incorporée de beurre frais, le quel ie portois auec ma canule sur la carnosité, le soir à l'entrée du lict, ayant premièrement fait pisser le roy; et le lendemain i'usois d'injections réfrigérantes, faites quelquefois auec les trocisques de Gordon, et quelquefois les trocisques blancs de Rhasès, dissous auec les eaux de plantain, pourpier ou solanum, selon l'exigence du mal; et pour la fin, la tuthie préparée, antimoine préparé, incorporé auec beurre frais ou auec l'vnguent pampholigos et album Rhasès, portés auec ma canule ou une bougie, le bord de la quelle ie munissois d'un emplastre faict auec ma pouldre, la quelle ie laissois dedans le soir, le roi estant au lict; ou bien au lieu du dit vnguent, i'ai accoustumé de laisser dans la verge vne sonde de plomb enduite dudit vnguent, ou bien frottée d'argent vif, cru et purifié; et dans cinq semaines le feu roy fust entièrement guery par la grâce de Dieu. Combien que durant ce temps-là mes ennemis ou envieux me voulurent calomnier à cause de quelque accident qui lui survint, non pas à cause de sa carnosité ny des remèdes, mais à cause de quelque excès que Sa Majesté auoit fait;... et lors mes envieux faisoient courir le bruit (iusques dans Paris) que j'estois cause du mal du roy par mes remèdes et instruments; mais le roy, assuré de ma fidélité, et recognoissant bien que cela venoit d'ailleurs, me fit la faveur de parler pour moi en présence de M. le duc de Bouillon et plusieurs autres. » (M.-G. Loyseau, *Observations médicinales et chirurgicales*, etc., p. 1, Bordeaux, 1617.)

Nous verrons que l'instrument de Hunter se rapproche singulièrement de celui de A. Paré.

Ducamp popularisa la cautérisation en en perfectionnant les instruments et en en présentant la manœuvre et les résultats sous une forme séduisante.

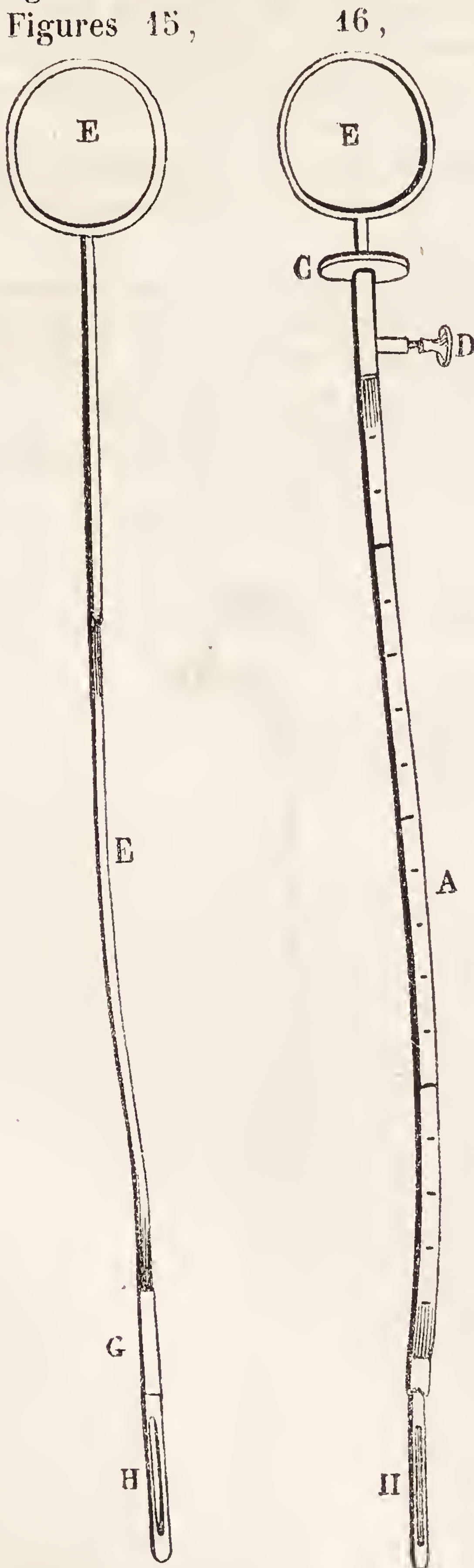
Le porte-caustique de Ducamp (fig. 14,

Figure 14.



15 et 16) est formé d'un tube flexible A de caoutchouc, terminé par une virole de platine B (fig. 14). Dans cette canule est reçue une tige flexible EH (fig. 15), munie d'un anneau E à son extrémité externe, et d'une cuvette H à son extrémité interne. Les deux pièces sont réunies fig. 16.

Figures 15, 16,



On charge la cuvette en y faisant fondre du nitrate d'argent à la flamme d'une bougie. Ce sel ainsi fondu, adhérent à la cuvette, est égalisé avec un linge mouillé. Cela fait, on retire la cuvette dans la canule, et l'instrument est préparé à son introduction. Alors la sonde exploratrice ayant fait connaître la profondeur du rétrécissement, la situation exacte de son orifice, sa longueur et son épaisseur, le porte-caustique est introduit dans l'urètre, et lorsque son extrémité vient butter contre la coarctation, l'on fait sortir la cuvette de la canule en l'engageant dans le rétrécissement.

« Comme il est utile ici, dit Ducamp, de cautériser ce dernier dans toute sa circonférence, nous faisons tourner doucement l'instrument sur son axe, en le poussant légèrement, de manière qu'il n'abandonne pas l'obstacle. Au bout d'une minute nous retirons la tige extérieure, le caustique rentre dans sa gaîne, et nous ôtons l'instrument. Dans cette opération, le caustique, en allant et en revenant, n'a point touché les parties du canal antérieures à l'obstacle; il a touché ce dernier dans toute son étendue, d'avant en arrière et de dedans en dehors. Quand l'eschare sera détachée, le canal se trouvera élargi, dans le point rétréci, de toute l'épaisseur des parties que le caustique a frappées de mort. » (Ducamp, *lieu cité*, p. 191.)

Lorsqu'il existait plusieurs rétrécissements, Ducamp les attaquait ainsi les uns après les autres, en procédant d'avant en arrière.

Si le rétrécissement avait une situation latérale, Ducamp y dirigeait le porte-caustique à l'aide de sa sonde conductrice, que nous avons fait connaître plus haut.

A l'article diagnostic, nous avons vu combien sont infidèles les renseignements fournis par des instruments en apparence si précis. Il est difficile, presque impossible, de bien apprécier les dimensions et le siége du rétrécissement, et, comme ce sont là des données indispensables à l'application de l'instrument, on comprend combien cette application doit être fautive.

Un autre inconvénient grave c'est qu'on ne pouvait détruire les rétrécissements multiples un à un, en commençant par celui par lequel on aurait dû finir, par le moins étroit, qui est, comme on sait, le moins profond.

C'est pour corriger ces deux défauts que M. Lallemand modifia l'instrument de Ducamp. Il diminua le diamètre du porte-caustique, et pour cela il substitua le métal à la gomme.

Avec un instrument de ce petit calibre il est possible de faire pénétrer dans le rétrécissement la cuvette recouverte de sa canule, ce qui donne l'avantage de pouvoir attaquer plusieurs rétrécissements à la fois et de commencer par le plus étroit. De cette manière, une fois l'instrument engagé dans la coarctation, on retire à soi la canule en maintenant fixe la tige de la cuvette, et le caustique ainsi découvert se trouve mis en rapport avec le rétrécissement. Pour cautériser circulairement la partie droite de l'urètre il suffit de faire exécuter un mouvement de rotation à la tige du porte-caustique, comme pour l'instrument de Ducamp. Dans la portion courbe du canal, l'instrument étant inflexible, il faut avoir recours à l'un des deux artifices suivants, avoir quatre tiges courbes, ayant les cuvettes tournées de quatre côtés différents, ou bien une tige terminée par une chaîne articulée de Vaucanson, chaîne qui permet à la tige de prendre toutes les courbures du canal.

S'il n'était pas d'une extrême rigueur d'apprécier exactement le siége et la longueur du rétrécissement quand on se servait de l'instrument de Ducamp, dont la canule s'arrêtait contre la coarctation, il n'en est plus de même quand on fait usage de celui de M. Lallemand. En effet, le porte-caustique du professeur de Montpellier s'engage tout entier dans la stricture et pourrait, en cas de mesures mal prises, aller toucher les parties saines au delà comme en deçà du rétrécissement.

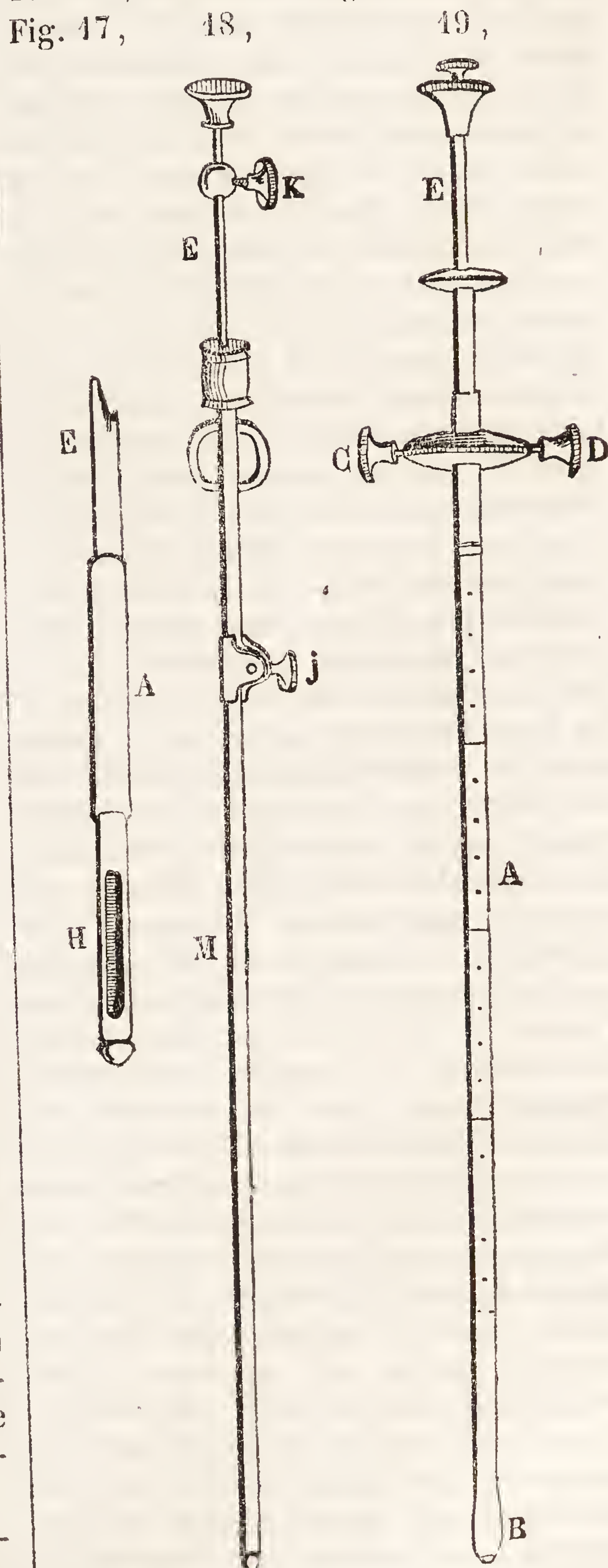
C'est dans le but d'obtenir cette précision que la tige de la cuvette porte un curseur K (fig. 18), avec lequel on marque d'avance sur la tige la longueur de la cuvette qui doit pénétrer dans le rétrécissement.

Ajoutons que la cuvette de M. Lallemand est terminée par un bouton ou renflement qui ferme complétement la canule et empêche la dissolution prématurée du nitrate d'argent dans les mucosités de l'urètre, au-devant du rétrécissement.

C'est pour se mettre encore mieux à l'abri de cet inconvénient que M. Ségalas a ajouté une chemise à l'instrument de M. Lallemand.

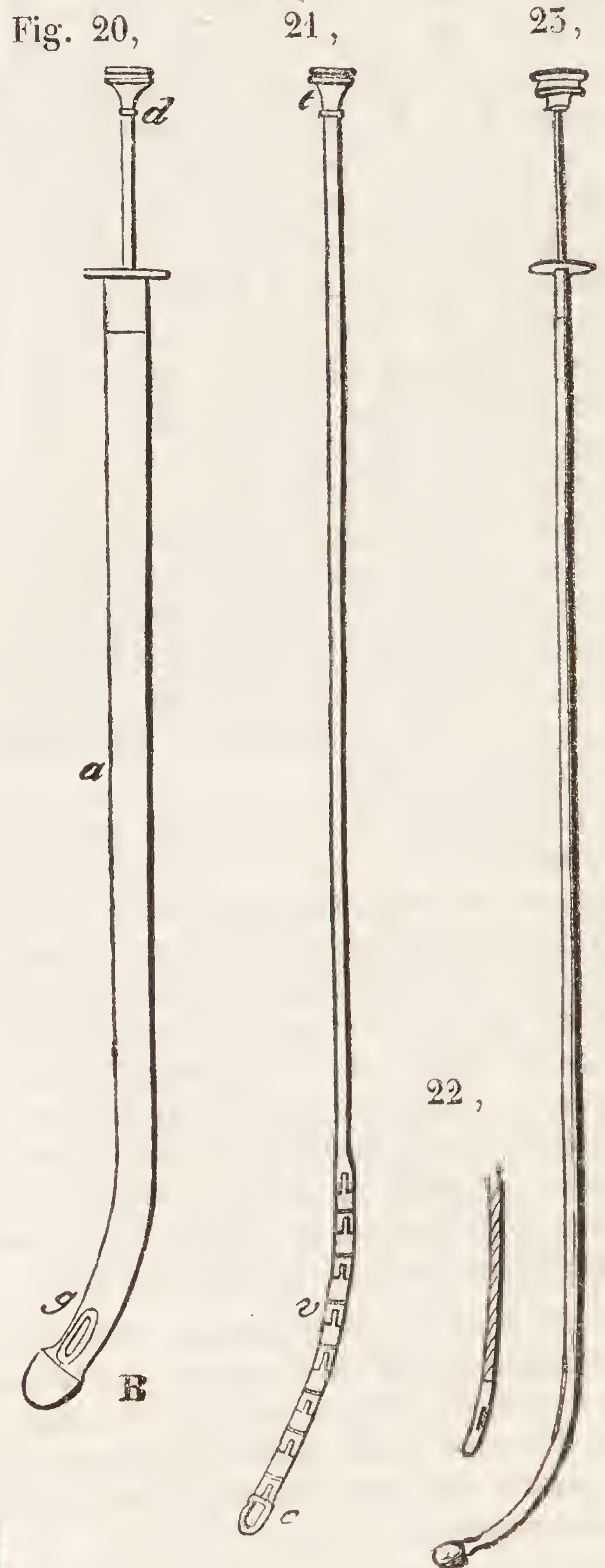
Les instruments de MM. Lallemand et Ségalas sont représentés, le premier fig. 17 et 18, et le second fig. 19.

Fig. 17, 18, 19,



M. Leroy-d'Étiolles a aussi son instrument, et voici la description et les figures qu'il en donne :

« La cautérisation guérit certains rétrécissements contre lesquels avait échoué la dilatation ; mais, pour qu'elle produise cet effet, elle doit être pratiquée suivant certaines conditions. La première, c'est qu'elle ne devra porter que sur les parties faisant relief dans l'urètre, et ne point s'étendre aux parties saines, car elle les enflamme, les épaissit, et si, plus tard, la stricture vient à se reproduire, on la trouve non-seulement plus dure, mais encore plus étendue qu'avant la cautérisation. Or ces conditions essentielles, *la préservation des parties saines et la certitude d'action*, n'étant remplies convenablement par aucun des porte-caustiques usités, ainsi que je l'ai fait voir tout à l'heure, je me suis attaché à remplir cette lacune ; j'ai pensé que, pour arriver au but, l'instrument, comme celui de M. Lallemand, devait franchir les obstacles, afin de pouvoir, dans le cas de rétrécissements multiples, les cautériser tous dans une même séance. Mais cette condition était bien loin d'être la seule ; il fallait encore que cette cautérisation pût être faite dans le mouvement de retour de l'instrument, sans avoir besoin de le sortir pour le recharger ; il fallait éviter les erreurs auxquelles donne lieu inévitablement l'élasticité et l'extensibilité de l'urètre, lorsque l'on prend pour seul guide la mesure de la distance qui sépare le méat urinaire de l'angustie ; il fallait que le caustique ne pût agir que sur les tissus épaissis formant relief dans l'urètre ; il fallait enfin que, comme dans l'instrument de Ducamp, le caustique pût être retiré pour en surveiller, en borner ou en renouveler l'action, la canule conductrice restant en place. Toutes ces conditions se trouvent remplies par les *porte-caustiques olivaires fenêtrés*, au moyen desquels je pratique, depuis plusieurs années, la *cautérisation latérale rétrograde*. On les voit représentés dans les figures 20, 21 et 22, ils ressemblent à des sondes de divers calibres, terminées par une demi-olive ou une demi-sphère B. Immédiatement au-dessous de la saillie formée par cette moitié d'olive sont une ou deux ouvertures *g*, à travers lesquelles agit sur les tissus exubérants le caustique contenu dans une cuvette latérale supportée, ou par une chaîne à la Vaucanson, ou par une spirale flexible. L'olive, dont le volume aura été choisi du diamètre de la plus étroite des angusties, est introduite jusqu'à la région prostatique, puis ramenée doucement en arrière. La saillie qu'elle forme est arrêtée par le point rétréci, et lorsque, par une rétraction légère, le chirurgien s'est bien assuré de la nature de la résistance,



il insinue dans le tube la tige porte-caustique, dont une portion est formée, soit d'une chaîne articulée, soit d'une spirale flexible. Toutes deux permettent de tour-

ner la cuvette chargée du nitrate d'argent vers l'une et l'autre ouverture alternativement, lorsque l'on veut cautériser de plusieurs côtés. Si l'instrument est très-petit, plusieurs cuvettes chargées seront portées successivement jusqu'au fond du tube et tenues en rapport avec les ouvertures. Lorsque la combinaison d'une quantité suffisante de caustique aura été opérée, la tige portant la cuvette sera extraite. Si le diamètre du tube le permet, on la remplace par une autre tige garnie à son extrémité d'un peu de coton ou d'un morceau d'éponge conique, afin d'essuyer et absterger les mucosités chargées de nitrate d'argent qui peuvent obstruer les yeux ou fenêtres ; puis, après une minute d'attente, pour laisser passer la contraction spasmodique déterminée d'ordinaire par la cautérisation, une traction légère et soutenue est exercée sur l'instrument : la boule se dégage et sort ; mais s'il y a plusieurs angusties elle se trouve arrêtée par celle qui précède immédiatement ; et, sur celle-ci, la cautérisation est pratiquée comme nous venons de le dire, à moins qu'elle soit située dans la région spongieuse ; car, nous venons de le dire, là il est très-rare qu'elle convienne. Parfois, la constriction exercée par le rétrécissement est assez forte pour que le dégagement de la boule ne s'opère qu'après une ou deux minutes. J'ai même rapporté, p. 35, une observation dans laquelle la sortie de la boule ne put avoir lieu qu'après trois heures. Je prévois que des hommes, plus occupés de chercher des objections que la vérité, s'empareront de ce fait pour repousser la cautérisation rétrograde ; mais je ferai observer, 1° que je n'ai jamais vu, une autre fois, la contraction durer aussi long-temps à ce point ; et 2° que, contrairement à mes principes, je m'étais laissé aller dans cette circonstance à porter le caustique sur un rétrécissement situé dans la région spongieuse, où la turgescence du tissu érectile produit un rétrécissement plus persistant que ne le fait, dans la région membraneuse, la contraction musculaire.

» Le relief, ou bouton qui termine le porte-caustique de M. Lallemand, suffit pour rendre l'extraction de l'instrument difficile, et cette circonstance prend alors plus de gravité : car on est obligé, bon gré, mal gré, de laisser consumer la totalité des caustiques, alors même que l'on aurait voulu ne faire qu'une cautérisation légère, ainsi que cela m'est arrivé une fois ; tandis qu'avec mon instrument le chirurgien est toujours maître de retirer le caustique lorsque bon lui semble, en sorte que la contraction ne s'exerce plus que sur un tube métallique. Je ne veux point prétendre qu'il n'y ait pas là un inconvénient, j'affirme qu'il est léger en comparaison des avantages que l'on retire de la cautérisation rétrograde.

» Je dois aller au-devant d'une objection que l'on fera sans doute ; car elle m'a déjà été adressée plusieurs fois. Comment est-il possible, m'a-t-on dit, de faire passer l'olive à travers de très-forts rétrécissements ? A cela, je réponds que j'ai des instruments dont le tube a deux millimètres et l'olive deux et demi. Mais la meilleure raison que je puisse donner, c'est que la cautérisation, dans les cas appartenant à la première catégorie, *est*, pour moi, *une méthode exceptionnelle;* que *je ne l'emploie qu'après avoir trouvé la dilatation insuffisante et reconnu transitoires ses effets*. Les sondes et bougies, dont l'introduction a précédé, ont donc assez élargi les angusties pour que l'olive puisse les franchir. » (Leroy-d'Étiolles, *Sur les rétrécissements de l'urètre*, p. 323.)

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la douleur que produit la cautérisation. C'est qu'en effet cette douleur est variable comme la susceptibilité de l'urètre, qui est, comme on sait, très-diverse suivant les individus. Quelquefois presque nulle, extrême dans d'autres cas, cette souffrance est en général très-supportable.

Quant aux effets de la cautérisation sur l'état du rétrécissement, voici comment M. Civiale les apprécie :

» Si l'on isole l'action du caustique de toute influence étrangère, provenant soit du procédé lui-même, soit de la manière dont on l'applique, voici quels sont les phénomènes qu'elle présente :

» 1° Un malade a une coarctation commençante qui consiste en une simple bride occupant un seul côté de l'urètre, sur le compte de laquelle la sonde exploratrice et surtout la bougie ont fourni des renseignements précis. On fait une légère application de caustique. La douleur est faible ; elle dure peu, et aucun accident immédiat ne survient ; le malade urine mieux qu'auparavant la première fois qu'il se présente, et ne conserve qu'une cuisson très-supportable ; une légère urétrite se déclare, il s'ensuit une amélioration notable et qui se soutient. Le rétrécissement a disparu, en grande partie du moins, et on peut passer une assez grosse bougie. Une multitude de faits attestent ce résultat.

» 2° Si la coarctation est plus considérable, et que les tissus aient acquis plus de dureté : pourvu que les explorations fournissent des renseignements non moins positifs, l'action du caustique sera également favorable ; et le mieux obtenu à la suite d'une première opération se reproduira après la seconde, même après la troisième, en ayant soin que les applications soient très-légères, qu'elles durent peu, et que les nouvelles soient faites plusieurs jours seulement après la chute des eschares. Toutefois, l'amélioration ne se manifeste que par une plus grande facilité d'uriner ; car on ne peut pas encore introduire une grosse bougie.

» 3° Quand le rétrécissement est plus grand encore, l'action du caustique devient différente; quoiqu'on obtienne toujours des empreintes exactes, et qu'on puisse donner le même degré de précision au procédé, il y a moins souvent du mieux après la première application ; le malade en éprouve un moins sensible encore après la seconde, et celles qui viennent après n'en procurent plus aucun. Si l'on persiste, si surtout on fait des applications plus fortes et plus longues, l'amélioration obtenue d'abord s'évanouit bientôt et l'état devient plus grave qu'il n'a jamais été ; quelquefois d'abondantes mucosités s'écoulent de l'urètre, l'émission de l'urine se fait avec peine, il y a malaise général, de la fièvre et un état fort incommode d'agacement nerveux, le canal devient sensible et douloureux au toucher, l'introduction d'une sonde ou d'une bougie est supportée difficilement ; on se voit obligé de suspendre tout traitement et de mettre le malade à l'usage des antiphlogistiques, des calmants ; parfois même les accidents immédiats ont plus d'intensité, et il en survient, tels qu'hémorrhagies, stranguries, douleurs vives, etc., qui exigent de prompts secours.

» La fréquence, on pourrait même dire la constance des divers phénomènes qui ont lieu dans ces divers cas, m'avait paru, ainsi qu'à beaucoup d'autres praticiens, autoriser à penser que le caustique détruisait sans retour les rétrécissements qui ne consistaient qu'en une simple bride et que si la destruction était moins complète dans les cas plus graves, elle se trouvait néanmoins portée assez loin pour expliquer l'amélioration qu'on observait. Il semblait aussi tout naturel d'attribuer et l'absence et la manifestation d'accidents au plus ou moins de régularité et de précision qu'on pouvait apporter dans la pratique de la cautérisation. Mais une quatrième série de cas, qui n'est pas rare non plus, m'a fait reconnaître que cette explication n'a aucune valeur.

» 4° Lorsqu'il existe à la fois plusieurs rétrécissements, dont l'un, situé à la fosse naviculaire ou à la partie spongieuse du canal, est assez fort pour empêcher d'arriver aux autres ; si l'on cautérise ce premier obstacle il s'ensuit une amélioration prononcée et le malade urine ensuite avec plus de facilité qu'auparavant quoiqu'on n'ait point attaqué la coarctation suivante, qui cependant est presque toujours considérable.

» J'avoue n'avoir jamais pu me rendre compte de ce fait, dont j'ai été fort souvent témoin. Mais ce n'est pas seulement après la destruction du point rétréci par des moyens prudents et méthodiques, qu'il se voit. Souvent aussi, à la suite d'un procédé généralement blâmé, la cautérisation d'avant en arrière, on observe sur-le-champ un mieux sensible, propre à faire croire qu'une seule application a détruit l'obstacle quoiqu'il n'en soit rien. Il y a plus même ; la cautéri-

sation, pour produire un soulagement momentané, n'a pas besoin d'être faite dans l'urètre. Charles Bell rapporte l'exemple d'un malade qui, en appliquant lui-même le caustique, était parvenu à se faire un double canal ; ce qui frappa surtout le chirurgien anglais, c'est que l'introduction d'une bougie armée dans cette fausse route facilitait l'émission de l'urine. Or, en rapprochant ces faits de ce qui a lieu dans les cas de rétrécissements multiples, considérant que le résultat est subordonné surtout à l'ancienneté et aux progrès de la maladie, et notant que l'amélioration ne se soutient presque jamais, bien qu'il soit impossible au rétrécissement de se reproduire du jour au lendemain, on se voit forcé de convenir que l'action du caustique dans l'urètre n'a point encore été appréciée. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 1re part., p. 287.)

Les chirurgiens ne sont pas d'accord sur le mode d'action du nitrate d'argent, les uns soutiennent qu'il guérit le rétrécissement par la formation d'une véritable eschare, en un mot, par une perte de substance réelle qui détruit l'obstacle d'une manière mécanique. Cette opinion semble avoir pour elle l'expulsion de tubes membraneux qui se rencontrent quelquefois comme si la muqueuse urétrale avait été frappée de mort dans tout son pourtour. Il serait difficile de citer, de cet effet du caustique, un exemple plus concluant que l'observation suivante.

Obs. 23. « En 1839, je fus consulté par un Américain affecté d'une maladie des voies urinaires, plus imaginaire que réelle. Ce malade, craignant d'avoir contracté la syphilis, avait subi un traitement très-long ; mais il conservait un petit écoulement trop peu abondant pour tacher le linge, et qui seulement collait les lèvres du méat urinaire sur le matin ; ce léger suintement le tourmentait à tel point qu'il prit le parti de venir en France pour compléter sa guérison. Il s'adressa à un médecin qui s'occupait spécialement des maladies vénériennes. On crut découvrir un rétrécissement et, à la suite d'une consultation, il fut décidé qu'on aurait recours à la cautérisation de l'urètre, au moyen d'une bougie roulée sur la poudre de nitrate d'argent. Le malade m'a montré depuis cette bougie, qui, bien qu'ayant servi, était encore couverte d'une couche épaisse de caustique. On l'introduisit dans le canal et on l'y laissa séjourner quelques instants. Peu après qu'on l'eut retirée, le malade commença à souffrir beaucoup, et bientôt les douleurs devinrent insupportables, malgré tous les calmants auxquels on eut recours. A différentes reprises le malade fut obligé de passer plusieurs heures dans un bain émollient. A la fin les accidents perdirent de leur violence, et le cours de l'urine se rétablit ; mais le malade fut effrayé en voyant sortir de l'urètre un véritable tuyau long de plusieurs pouces, qui fut difficilement expulsé par les contractions de la vessie et le flot de l'urine. On crut d'abord que c'était la membrane interne de l'urètre. Plusieurs autres fragments, comparables à des doigts de gant, sortirent aussi les jours suivants. Je rassurai le malade au sujet des craintes dénuées de fondement que son imagination lui avait fait concevoir ; mais je ne crus pas devoir lui laisser ignorer qu'après une telle cautérisation les parois de l'urètre conserveraient une rigidité qui gênerait plus ou moins l'expulsion de l'urine et surtout la faculté d'entrer en érection, outre qu'elle serait une puissante cause de rétrécissements, de l'espèce même la plus grave. En effet, il avait déjà remarqué que les bougies dont il faisait usage avant la cautérisation ne pouvaient plus passer, et qu'il y avait nécessité d'en prendre de plus petites. Quelque temps après, je le vis, de concert avec M. Bérard, qui partagea mon opinion et se chargea de la direction du traitement par la dilatation temporaire. Il est à craindre que le malade ne vienne à être atteint d'un rétrécissement calleux de la partie spongieuse de l'urètre ; car alors la guérison est rarement complète, et la récidive imminente. » (Civiale, *Traité* etc., p. 292.)

D'autres pensent au contraire que l'action du caustique est rarement vitale, et qu'il ne guérit le rétrécissement que par les changements organiques qu'il

provoque dans son tissu ; cette manière de voir a surtout pour base la rareté des eschares tubulées dont nous venons de parler et la coagulation des mucosités urétrales par le nitrate d'argent, coagulation qui a pu souvent faire croire à des eschares imaginaires. Tout en admettant une véritable escharification dans certains cas, surtout si le caustique a été appliqué avec une bougie, car alors il agit beaucoup plus énergiquement qu'avec le porte-caustique à cuvette (Civiale), nous nous rangeons à l'avis de M. Velpeau, pour qui l'action du caustique est en général une action tout simplement vitale qui éteint la phlegmasie chronique qui produit et entretient le rétrécissement.

On concevra combien doit être exceptionnel l'usage de la cautérisation pour les rétrécissements qui admettent les bougies quand on verra combien M. Lallemand, l'un des propagateurs les plus enthousiastes de la méthode, en réduit aujourd'hui l'application d'une manière générale, sans distinction de cas :

« M. Lallemand, après avoir rendu la cautérisation plus simple, plus facile et surtout plus sûre, a cependant fini par y renoncer pour la plupart des cas, et ne l'emploie maintenant que dans des circonstances particulières sur lesquelles nous reviendrons.

» Le premier reproche qu'on peut adresser à la cautérisation pratiquée *dans l'intérieur* des rétrécissements, c'est la difficulté de faire porter l'action du nitrate d'argent uniquement sur le point du canal où l'obstacle se trouve, sans que les parties saines, en avant ou en arrière, soient intéressées par le caustique ; le second, c'est la tendance fréquente à des récidives après un temps plus ou moins long, et la nécessité de recourir plus tard à la dilatation, chez des malades qu'on avait regardés comme guéris par la cautérisation.

» Il ne s'ensuit pas que cette méthode doive être entièrement rejetée ; il est même des cas où elle ne peut être remplacée. Ainsi, quand l'intérieur d'un rétrécissement est ulcéré, excorié ; quand la muqueuse voisine est enflammée, excessivement sensible, etc., la présence de la sonde détermine dans le canal des contractions spasmodiques et bientôt des symptômes nerveux, qui ne permettent pas au malade de la supporter ; il y aurait danger à s'obstiner, et de nouvelles tentatives feraient reparaître les mêmes accidents ; alors la cautérisation change la vitalité des parties, amène la guérison de ces complications et fait disparaître l'excessive sensibilité qui en était la suite.

» Quand l'orifice d'un rétrécissement est irrégulier ou décollé par suite de manœuvres brutales, par des fausses routes ; en un mot, quand la sonde ne peut pénétrer dans l'ouverture de l'obstacle, sans qu'il existe cependant de rétention d'urine, on peut régulariser cet orifice par la cautérisation, mais alors elle doit être pratiquée d'*avant en arrière*, comme nous le dirons. » (Lallemand, *Clinique médico-chirurgicale*, 1re part., p. 152.)

M. Leroy-d'Étiolles résume ainsi les indications de la cautérisation :

« 7° La cautérisation ne convient pas aux rétrécissements situés dans la partie spongieuse de l'urètre ; elle les exaspère, les rend fibreux, turgescents, calleux, inguérissables.

» 8° La cautérisation pratiquée dans la région membraneuse guérit des rétrécissements pour lesquels la dilatation est impuissante ; mais, si elle était appliquée primitivement et indistinctement à tous, elle en aggraverait beaucoup.

» 9° La cautérisation pratiquée avec modération dans la région membraneuse, produit la résolution des tissus indurés. Continuée au delà d'une certaine mesure, elle détermine la transformation fibreuse et aggrave le mal.

» 10° La cautérisation doit toujours être suivie de la dilatation temporaire pour achever la résolution et l'aplanissement du rétrécissement ; il ne faut pas attendre, pour commencer cette dernière, que la destruction du tissu induré soit complétée par la cautérisation ; car on pourrait dépasser la mesure et arriver à un résultat contraire, la transformation fibreuse.

» 11°. Après la cautérisation, les bougies dilatatrices ne doivent être intro-

duites que quand le gonflement inflammatoire produit par l'application du caustique est tombé, c'est-à-dire, après trois à quatre jours. » (Leroy-d'Étiolles, *Sur les rétrécissements de l'urètre*, p. 165.)

Scarification. Nous avons vu qu'on avait attaqué les rétrécissements de l'urètre, 1° par la dilatation consécutive, qui agit surtout par l'extension mécanique qui s'opère sous son influence dans la coarctation; dilatation qui est permanente ou temporaire, instantanée, douce ou violente.

2° Par la cautérisation qui fait disparaître l'obstacle, suivant les uns en modifiant la vitalité, suivant les autres en produisant une véritable perte de substance, et suivant nous en déterminant ce double effet.

Nous allons maintenant nous occuper de la scarification qui élargit le cercle du rétrécissement en le divisant en plusieurs arcs que la dilatation consécutive écarte les uns des autres et force de se cicatriser dans cette situation. Ajoutons que ces incisions multiples amènent aussi le dégorgement de l'obstacle.

Cette méthode n'est pas nouvelle, puisqu'elle était pratiquée par Ferri, Paré; Physick, Siebold, Dzondi, MM. Amussat, Civiale, Guillon, Leroy-d'Étiolles et Mercier se sont appliqués à en apprécier les résultats. A cette liste nous devons ajouter encore MM. Bégin, Reybard et Ségalas.

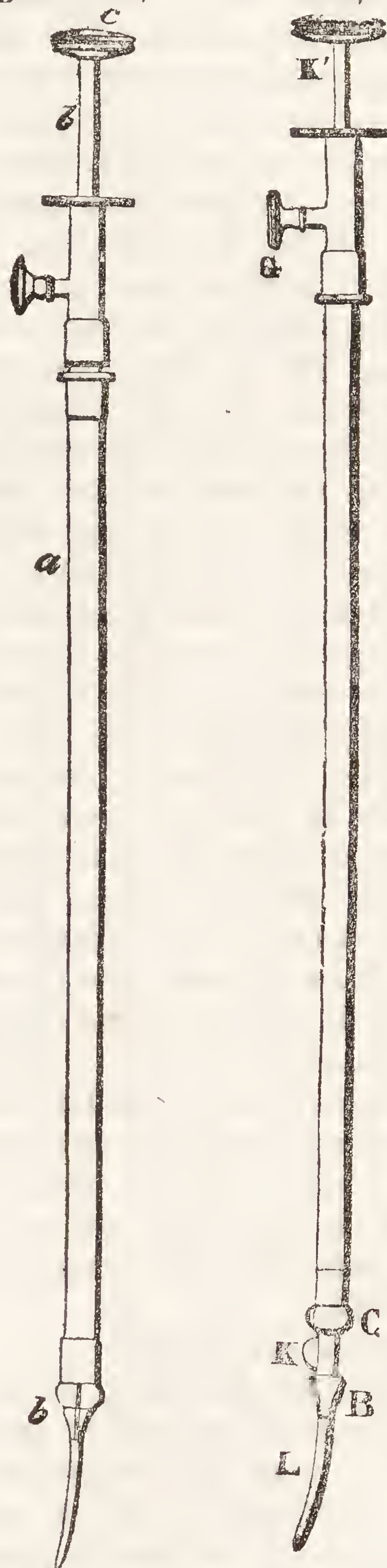
Nous ne pouvons pas parler de tous les instruments très-nombreux qui ont été imaginés, nous ne décrirons que les plus importants; encore devons-nous nous borner ici à la scarification dans le cas où le rétrécissement laisse passer l'urine: alors la scarification se pratique d'arrière en avant.

Scarification rétrograde. Plusieurs chirurgiens la mettent en usage.

Voici les instruments et les procédés de M. Leroy-d'Étiolles.

« L'instrument représenté dans les figures 25 et 26 est basé sur le même principe, c'est-à-dire qu'il borne en avant et en arrière du rétrécissement l'action de la lame; seulement il est terminé par un bout en gomme flexible, qui sort du conducteur et insinue l'instrument dans le passage plus ou moins dévié par la saillie latérale de l'obstacle; cette partie de l'instrument, étant plus petite, s'insinue dans l'angustie mieux que le précédent, il n'y a ici qu'une seule lame, parce que, l'instrument étant de gomme, on peut, même dans la portion courbe de l'urètre, le tourner de manière à agir circulairement si on le juge nécessaire.

Figures 25, 26,

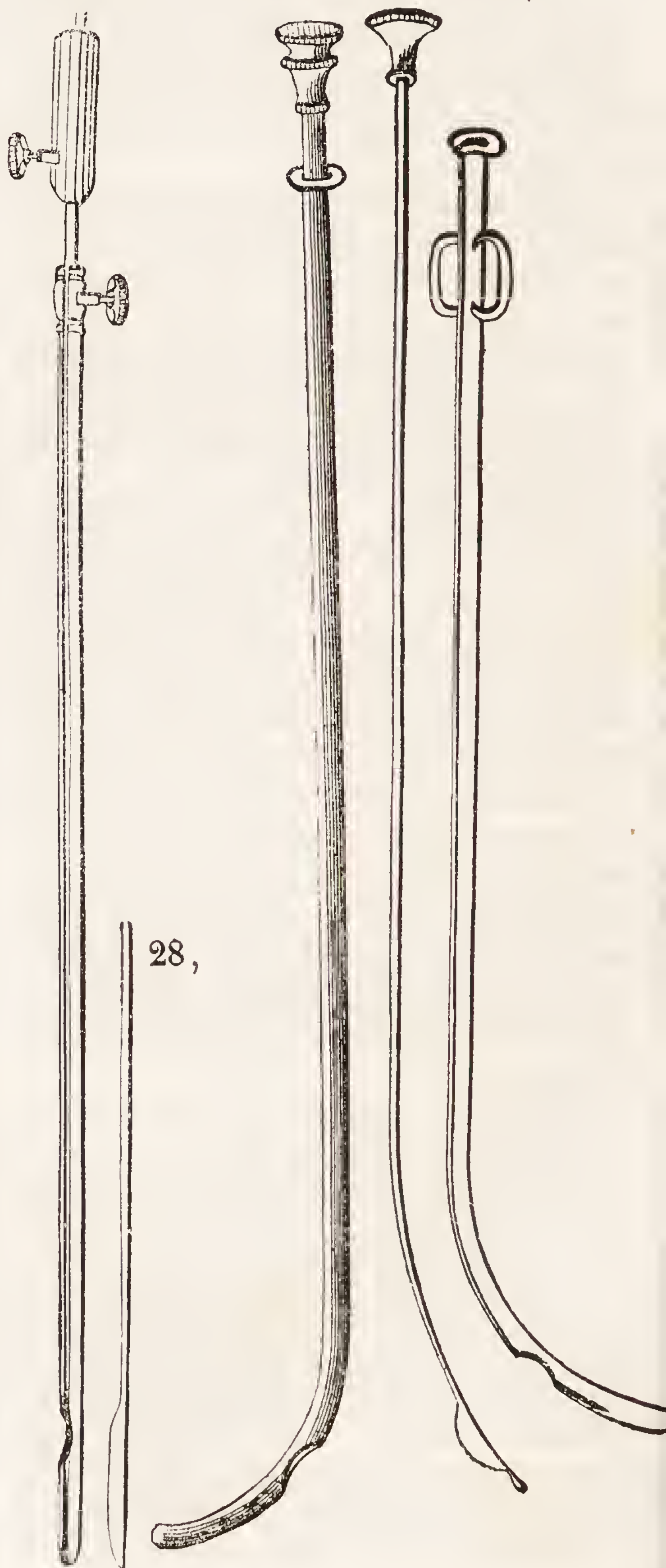


» A ces scarificateurs dont j'ai fait usage pendant dix ans, quelquefois avec des succès rapides, d'autres fois sans résultat, j'en ai joint ou substitué d'autres; et voici le motif qui m'y a conduit : ces instruments ont sans contredit sur leurs devanciers certains avantages; pourtant

ils ne me satisfaisaient pas complétement; ils ne me semblaient pas assez simples de structure, et je voulais encore être plus certain de diviser tout ce qui fait saillie sur la paroi de l'urètre, préservant non-seulement la partie saine en avant et en arrière de la stricture, mais encore l'épaisseur des parois naturelles. Ce résultat, je l'ai obtenu avec ces *urétrotomes à coche*, auxquels, dans ce temps de néologisme, on me pardonnera de donner le nom de *sarcentomes* (de σὰρξ, chair, et ἐν τομή, entaille, ou par abréviation *entomes*). Je les ai représentés dans les figures 28, 29, 30, 31, 32; l'un droit pour agir dans la région spongieuse, les autres courbes pour agir au delà. Ces derniers, au nombre de deux, portent la coche ou l'entaille, l'un sur la convexité, l'autre sur la concavité de la courbure; on peut en les inclinant couper latéralement. Les sarcentomes sont formés, comme on peut le voir fig. 28, d'un petit tube très-aplati, portant dans toute sa largeur une rainure profonde, et vers son extrémité une coche ou entaille dans laquelle s'engage la bride ou le relief qui forme l'angustie, ce dont le chirurgien s'aperçoit par la résistance aux mouvements de va-et-vient de l'instrument; une lame, fig. 29 et 31', glisse dans la canule plate et entame en passant et repassant les tissus saillants dans lac oche; à mesure que la lame en allant et venant divise ces tissus, la canule plate elle-même s'enfonce dans la division jusqu'à ce qu'elle vienne s'appliquer sur la paroi de l'urètre; après quoi la lame peut continuer d'être mise en mouvement indéfiniment, sans qu'il y ait danger qu'elle entame au delà.

» Pour introduire l'entome, un conducteur semblable à la lame 28 et 30, mais non tranchant, remplit la coche ou l'entaille; il a pour but d'empêcher l'échancrure d'accrocher dans sa marche la muqueuse. Le chirurgien le porte au delà de l'obstacle; puis retirant le conducteur, il ramène lentement vers lui l'instrument : quand la coche est arrivée au niveau de la bride, un arrêt brusque se fait sentir; on s'assure par une impulsion légère en avant et en arrière de la réalité de la résistance; alors l'on insinue la lame dans la rainure, et on la fait passer et repasser un certain nombre de fois : un léger mouvement de rotation est imprimé à l'instrument sur lui-même pour que son action s'exerce sur un autre point de la saillie; on vérifie par une impulsion d'avant en arrière qu'elle n'est point échappée de la coche, et l'on fait jouer la lame. On renouvelle cette manœuvre circulairement tant que l'entaille de la gaîne se trouve arrêtée par un relief.

» Il est indispensable, ou du moins

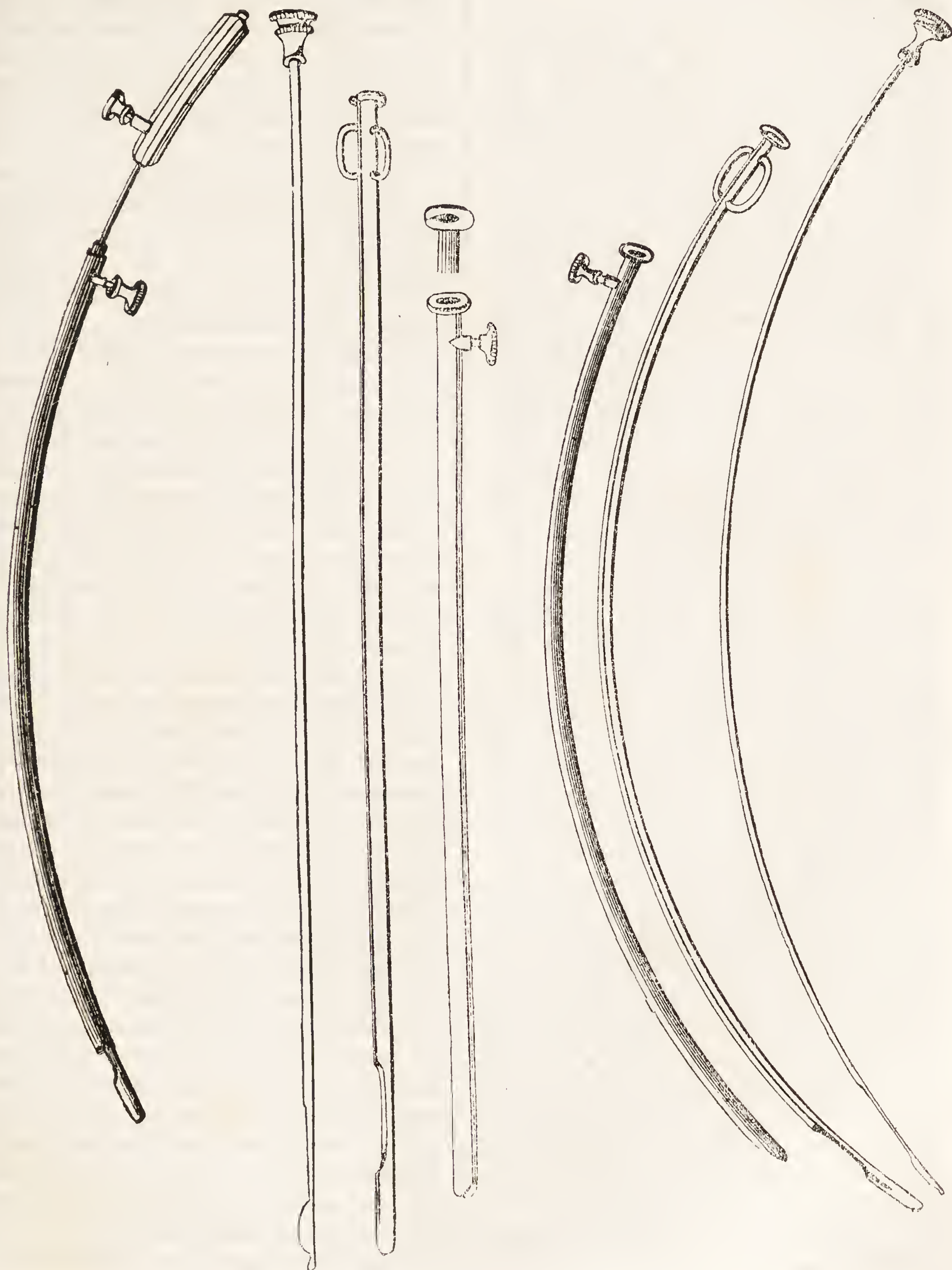


beaucoup plus sûr, de faire suivre la scarification ou par la cautérisation ou par une dilatation de quelques jours, afin de prévenir la réunion immédiate des lambeaux de la bride. » (Leroy-d'Étiolles, *Sur les rétrécissements de l'urètre*, p. 345.)

Pour d'autres formes de rétrécissements, M. Leroy-d'Étiolles a d'autres procédés de scarification.

« Les rétrécissements longs et calleux ne peuvent, comme les brides et les replis valvulaires, s'engager dans la coche de l'entome, il faut alors une échancrure plus longue ; mais, comme l'étendue des rétrécissements n'est pas toujours la même, il importe de pouvoir augmenter ou diminuer proportionnellement la longueur de l'espèce d'excavation dans la-

Figures 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38.



quelle il doit être compris : j'y suis parvenu en recouvrant le scarificateur d'une canule dans laquelle il glisse ; le rebord de l'entaille du premier accroche en arrière la stricture, l'extrémité de la gaîne vient butter contre son relief antérieur, en sorte qu'elle se trouve complétement circonscrite. *Voy.* les fig. 35, 34 et 33, où l'on voit séparément les trois pièces dont l'instrument se compose. Elles sont réunies dans la fig. 32.

» Les entomes courbes à gaîne doivent avoir dans toute leur longueur une courbure régulière, suivant une portion de cercle, afin que les deux pièces puissent glisser l'une sur l'autre. *Voy.* fig. 36, 37 et 38. J'ai représenté des entomes à coches latérales ; mais pour l'urètre ils ne sont pas indispensables, l'inclinaison à droite et à gauche permettant de faire des incisions sur tout le pourtour de l'urètre avec les instruments portant l'échancrure en avant et en arrière. Les entomes latéraux ne sont vraiment utiles que pour la résection des bourrelets du col de la vessie ; mais cette application entre dans un autre sujet, et appartient à un autre travail. » (Leroy-d'Étiolles, *Sur les rétrécissements de l'urètre*, p. 354.)

Dans ce cas, M. Guillon emploie un urétrotome qui agit d'avant en arrière.

« Cet urétrotome a l'avantage de diviser d'avant en arrière et de dehors en dedans les rétrécissements annulaires ou semi-annulaires, tandis qu'avec les autres instruments l'incision ne peut se faire que de dedans en dehors ; cet instrument, que je nomme actuellement *stricturotome*, est composé de deux portions de tube fixées l'une dans l'autre, à coulisse, et d'une tige centrale à laquelle sont adaptées, suivant son volume, deux ou trois lames. Ces deux portions de tube qu'on fait mouvoir à l'instar des crayons en bois à coulisse, laissent entre elles un intervalle proportionné à la longueur du rétrécissement ; et les lames qui sont maintenues dans des rainures, et dont le tranchant présente une coupe oblique, divisent plus ou moins les strictures suivant la volonté de l'opérateur.

» Depuis que j'ai présenté ce premier *stricturotome* à la Société de médecine pratique, le 5 janvier 1832, j'y ai fait ajouter des *lames excentriques*, de rechange, à l'aide desquelles on incise les rétrécissements de dedans en dehors. Ce dernier est un composé du précédent et de mon *moucheturateur*. A l'aide des *stricturotomes à lames excentriques*, ou *à lames concentriques*, on garantit complétement les parties saines, en bornant l'action [des lames aux parties sur lesquelles on veut agir. C'est pour inciser les rétrécissements valvulaires de l'orifice interne de l'urètre, si bien décrits dans l'ouvrage de Sœmmering, que j'ai fait faire cet urétrotome à lames concentriques.

» Actuellement, pour ces opérations, je préfère l'*urétrotome à lames excentriques.* » (*Revue médicale,* février, 1839, pag. 309.)

M. Civiale restreint considérablement l'emploi de la scarification.

« Considérée comme auxiliaire de la dilatation, dans certains cas graves et opiniâtres, la méthode de la scarification n'est pas encore jugée ; ses partisans la vantent à outrance, tandis que la plupart des praticiens la rejettent. J'y ai eu recours sur des sujets atteints de rétrécissements longs, calleux et non dilatables, qui occupaient la partie mobile de la verge. Les scarifications superficielles, telles qu'on les pratique le plus généralement, ne m'ont point réussi. Deux fois j'ai fait des incisions profondes, et le résultat a été plus satisfaisant ; il s'agissait de deux longs rétrécissements, dont l'un avait envahi l'extrémité libre de l'urètre, et s'étendait jusqu'à un pouce en arrière de la fosse naviculaire ; l'autre existait à trois pouces du méat urinaire, dans une étendue d'environ quinze lignes. Je me suis servi, dans le premier cas, de l'urétrotome destiné au débridement du méat urinaire, parce qu'il était assez long pour atteindre la fin du rétrécissement ; et, dans le second, d'un bistouri à gaîne, dont la lame se terminait par une extrémité boutonnée d'un pouce de longueur. Au moment où l'on emploie ce bistouri, la lame est cachée dans la gaîne. On engage l'extrémité boutonnée dans la coarctation ; dès qu'elle est convenablement placée, on fait sortir la

lame de sa gaîne, en poussant la tige qui la termine extérieurement, et l'on donne à la division l'étendue et la profondeur que chaque cas réclame ; il n'y a point à craindre de faire fausse route, l'extrémité boutonnée en garantit. Par ces deux procédés, qui sont fort simples, l'opération ne présente aucune difficulté, et l'on agit avec autant de précision que de certitude. L'opération a été répétée deux fois dans un cas, et trois dans l'autre. Il vaut mieux y revenir que de s'exposer à inciser trop profondément. Je n'ai pas laissé de sonde à demeure, mais chaque jour j'introduisais une grosse bougie molle. Ces introductions, qui, auparavant, étaient très-douloureuses et exigeaient l'emploi de la force, ont eu lieu ensuite avec facilité; le dégorgement de la partie du pénis correspondant aux rétrécissements s'est effectué d'une manière lente, mais progressive, et finalement les deux malades ont obtenu une amélioration notable. Il a été recommandé à l'un et à l'autre de continuer tous les jours, et pendant longtemps, l'introduction de grosses bougies. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 1re part., p. 334.)

« L'application de cette méthode hasardeuse est impossible, ou du moins ne doit pas être tentée, toutes les fois que l'urètre n'offre plus qu'un très-petit pertuis, incapable d'admettre aucun instrument. Si l'on emploie la violence, de quelques précautions qu'on s'entoure, le malade court toujours les plus grands dangers, comme le témoignent assez les funestes effets du cathétérisme forcé, qui n'est déjà lui-même qu'une ponction pratiquée dans l'urètre avec un instrument moins à craindre. L'incertitude et les dangers de cette méthode justifient donc la réprobation dont elle a été frappée par tous les praticiens sages et éclairés, du moins lorsqu'il s'agit de se frayer une route. Ajoutons que, dans une foule de cas, il n'y a point nécessité de tenter un moyen si périlleux. C'est ce dont j'ai déjà eu plusieurs fois occasion de me convaincre dans ma pratique. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 1re part., p. 327.)

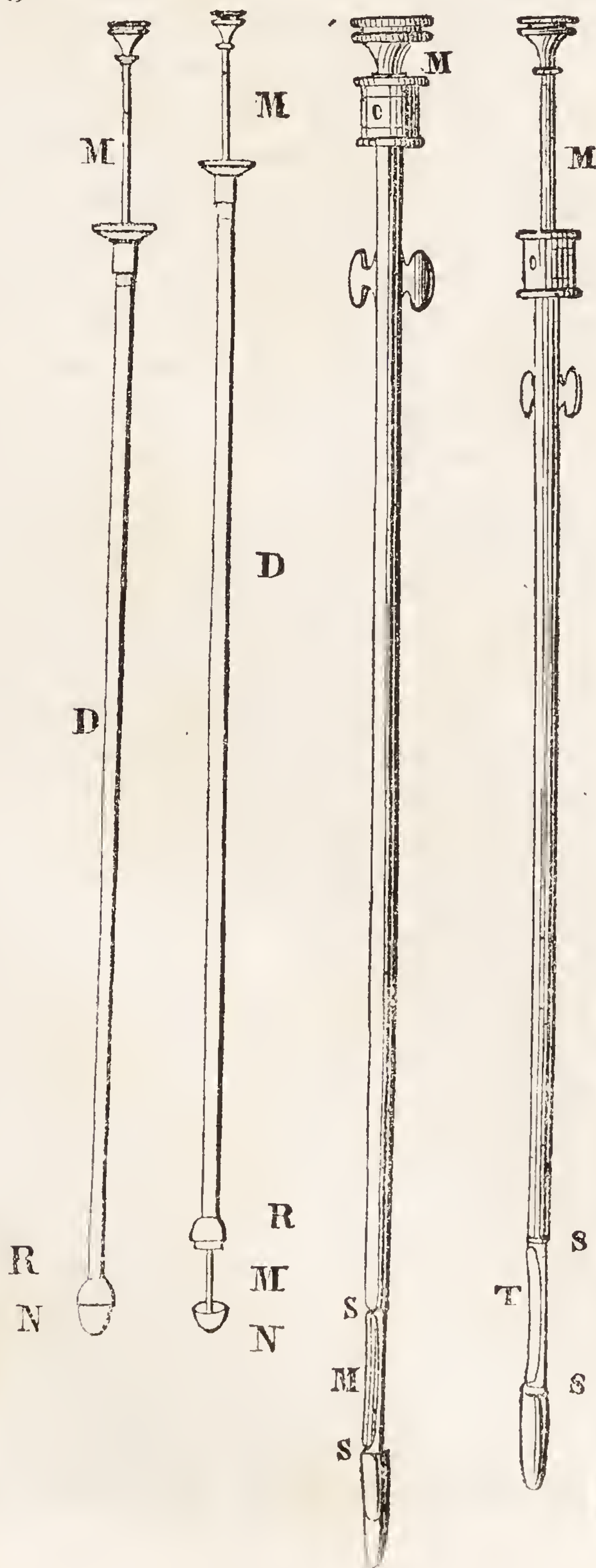
Pour nous résumer sur cette méthode, nous dirons que, préconisée surtout par MM. Leroy-d'Étiolles, Guillon et Reybard, admise dans certains cas par MM. Civiale et Mercier, elle est maintenant essayée par des commissions académiques, et que l'expérience n'a pas encore prononcé dans quelle mesure elle est applicable. Nous recommandons de l'employer avec une extrême prudence, car si elle compte des succès brillants, elle a occasionné plusieurs fois la mort.

Résection. La résection du rétrécissement est une opération hardie, dont Paré avait eu l'idée, qui a été de nouveau décrite par Arnott, et sur laquelle, dans ces derniers temps, M. Leroy-d'Étiolles a insisté. Comme le sujet est délicat, nous allons citer textuellement l'auteur dont nous empruntons la description.

» Si la scarification produit des guérisons rapides et durables, lorsqu'elle est appliquée au traitement des brides minces et des replis valvulaires, si quelques-uns des rétrécissements fibreux plus ou moins longs sont guéris ou améliorés par elle, il est trop vrai qu'elle reste impuissante contre un grand nombre de ces derniers, de même que la dilatation et la cautérisation. J'ai pensé que peut-être on avait mal à propos délaissé complétement un procédé indiqué par A. Paré, celui de la résection. En effet, puisque l'enlèvement des cicatrices saillantes est un moyen efficace d'obvier aux rétractions qu'elles déterminent dans diverses parties du corps, pourquoi la résection des bourrelets inodulaires de l'urètre ne produirait-elle pas le même résultat? Cette supposition me paraissant assez plausible, j'ai fait exécuter l'instrument décrit et représenté dans le livre d'Ambroise Paré, chap. XXVI. Comme je me proposais d'en faire l'application plus particulièrement dans la région spongieuse, j'ai changé sa forme; de courbe, je l'ai rendu droit (*voy.* fig. 40 et 41); j'y trouvais l'avantage de pouvoir tourner les deux pièces de l'instrument en sens inverse, l'une sur l'autre, et de couper en sciant au lieu de le faire seulement en pressant comme l'instrument de Paré, qui *comminuoit*, ainsi qu'il le dit lui-même, plutôt qu'il n'inci-

sait les tissus saillants. Malgré cet avantage, je m'aperçus qu'un tel résécateur laissait à désirer; qu'il ne peut agir qu'en raison du volume du bouton tranchant sur ses bords, et que surtout il n'est pas exact de dire avec Paré, que l'*on détache ladite carnosité tant et si peu que l'on veut.* Lorsque le bourrelet est une fois engagé entre les deux saillies à bords tranchants, le bouton mobile ne peut plus revenir s'appliquer à la canule qu'en enlevant la totalité des chairs qui l'en séparent. J'ai donc cherché les moyens d'appliquer plus rationnellement la résection à la cure des rétrécissements de l'urètre, et j'ai, dans ce but, imaginé l'instrument représenté dans les fig. 42, 43,

Figures 39, 40, 41, 42.



» Il est formé d'un tube d'acier épais vers l'extrémité duquel une dépression circulaire est creusée dans le métal; les deux tiers antérieurs de cette portion excavée sont enlevés et donnent au tiers restant l'aspect d'une gouttière S S tranchante sur ses bords. Pour faire pénétrer cet instrument jusqu'au rétrécissement, sans blesser l'urètre, un mandrin M M est placé dans la cavité du tube, et transforme en un cylindre la gouttière tranchante. Lorsque celle-ci est arrivée jusqu'à l'obstacle, et que les saillies S S viennent butter contre lui en allant et venant, alors le mandrin protecteur, retiré en arrière, démasque le tranchant, fig. 41. Le mouvement de va-et-vient recommence alors, combiné avec un mouvement circulaire, lent et progressif, qui enlève tout ce qui est en saillie dans la cavité de l'urètre. Lorsque le bourrelet formant le rétrécissement est un peu prononcé, et que le va-et-vient est exécuté dans les mêmes limites, il n'y a pas ordinairemant danger d'échapper le relief; pourtant j'ai voulu éloigner cette éventualité et cette objection. Pour cela j'ai donné à l'entome à gaîne (fig. 34 et 35, p. 393 de la Bibliothèque), la forme d'une gouttière, afin qu'il pût couper circulairement les tissus saillants. On voit, dans la fig. 42 ci-contre, une coupe qui peut donner une idée de la forme de cet instrument. La totalité de l'entome n'exécute plus le va-et-vient; comme le précédent, il tient fixement le relief dans son échancrure; et la lame seule, par son mouvement alternatif, opère le retranchement.

» Les résections opérées avec cet instrument n'ont pas toujours répondu à mon attente, bien qu'elles eussent été faites régulièrement et d'une manière satisfaisante en ce qui concerne la partie instrumentale et l'exécution : un nouveau tissu inodulaire s'est formé, et la rétraction a eu lieu derechef à peu près comme auparavant, mais sans exaspération dans les symptômes. Cependant, par compensation à ces insuccès sans aggravation aucune, j'ai obtenu d'excellents résultats, comme on peu le voir par les faits suivants. » (Leroy-d'Étiolles, *Sur les rétrécissements de l'urètre*, page 337.)

Ce que nous avons dit de la scarification s'applique surtout à la résection. La méthode est encore en expérience; elle est tout exceptionnelle; elle est loin de paraître exempte de dangers; il faut suivre avec soin les résultats qu'elle donnera, redoubler de prudence quand on tentera de les obtenir, et se bien convaincre qu'il se rencontrera rarement des cas où des méthodes plus douces ne la rendront pas inutile.

Cas où le rétrécissement laisse filtrer l'urine sans admettre ni les sondes ni les bougies.

Les coarctations qui sont dans ces conditions s'attaquent de diverses manières. D'abord, si les bougies ni les sondes ne peuvent y pénétrer directement ou d'emblée, on peut essayer d'y faire arriver ces instruments progressivement, en gagnant peu à peu du terrain.

Ainsi, par une pression soutenue, la pointe d'une bougie s'engage quelquefois dans le rétrécissement qui d'abord se refusait à la recevoir. C'est le chirurgien ou le malade qui appuie ainsi l'instrument contre l'obstacle pendant une heure ou davantage, suivant la sensibilité du canal ou le succès qu'on obtient.

« Pour remplacer cette action, qui ne peut être durable ni même égale, j'ai imaginé de faire usage d'un léger ressort en spirale, ou d'adapter à l'extrémité de la bougie une petite boule de plomb pesant seulement quelques grammes. Voici comment je procède : une sonde légèrement courbe, ouverte à ses deux bouts, est introduite jusqu'à l'obstacle, et fixée par des cordons, soit à des sous-cuisses, soit à un suspensoir. Dans sa cavité j'insinue la bougie ordinairement conique : lorsqu'elle a pénétré jusqu'à l'obstacle, une portion dépasse la partie externe du tube; cette portion, assez consistante pour supporter un léger poids, est passée dans une petite boule de plomb que l'on fixe à un ou deux centimètres audessus du tube, soit avec une vis qui la traverse, ou tout simplement avec un fil ou un cordon noué sur la bougie pour former un bourrelet qui empêche la boule de glisser; lorsque par le fait de l'engagement de la bougie dans le rétrécissement, la boule est descendue et appuie sur le tube, on la remonte d'un ou deux centimètres, pour que son action recommence : la bougie étant soutenue de tous côtés, et dirigée par le tube, ne peut ni se reployer ni dévier; un cerceau empêche les couvertures du lit de venir poser sur l'appareil. » (Leroy-d'Étiolles, *Sur les rétrécissements de l'urètre*, p. 366.)

Ces deux moyens de produire une pression régulière et prolongée sont sans doute ingénieux, mais nous doutons que leur auteur lui-même y recoure souvent, parce qu'ils ne valent pas la main du chirurgien, ni même celle du malade.

Le procédé de M. Mercier serait tout à fait applicable ici. Rappelons en deux mots en quoi il consiste. S'il échoue avec une bougie fine, il la retire, et, au lieu de la remplacer par une plus petite, il y en substitue une plus grosse, qui élargit encore ce que la première avait dilaté, et peut aller plus loin, parce que, moins flexible, elle supporte une pression plus forte. Si la seconde n'arrive pas, on en prend une troisième plus petite, qui prépare la voie à une plus grosse, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on soit engagé en plein dans la coarctation.

On peut appliquer avec la sonde le même moyen de la pression soutenue contre l'obstacle. Chaque jour, ou à quelques jours d'intervalle, suivant les susceptibilités de l'urètre, on appuie contre l'obstacle une sonde métallique ou une sonde de gomme munie d'un fort mandrin. Brodie se sert même d'un cathéter plein et légèrement conique.

« Les instruments métalliques que j'emploie ordinairement ne sont pas ceux qu'on vend sous le nom de bougies métalliques flexibles. Ces dernières sont exposées à perdre la forme que vous leur avez donnée lors de l'introduction, et deviennent par ce fait trop flexibles ou trop inflexibles pour atteindre le but que vous vous proposez. Ceux dont je me sers sont composés d'argent massif, lorsqu'ils n'ont qu'un petit ou un moyen calibre; s'ils ont un diamètre plus considérable, ils sont en argent, en acier ou en acier argenté, ou de la même composition que celle dont on fabrique les bougies

métalliques flexibles, mais plus épais et plus résistants.

» Ces sondes doivent être légèrement courbées, et leur longueur, à partir du manche, ne doit pas dépasser huit pouces et demi à neuf pouces.

» Vous pouvez vous en servir de la même manière que vous emploieriez une bougie ordinaire si vous vouliez dilater graduellement une coarctation, c'est-à-dire en allant peu à peu d'un petit diamètre à une dimension plus considérable.

» Il vous sera quelquefois plus aisé d'introduire la sonde en tenant sa cavité tournée vers l'abdomen du malade; d'autres fois vous la passerez avec plus de facilité, en maintenant d'abord le manche incliné vers l'aine gauche et en tournant l'instrument aussitôt qu'il a atteint l'obstacle. Dans l'un et l'autre cas, si vous désirez éviter une fausse route, tâchez que la tête de l'instrument reste appliquée contre la paroi supérieure de l'urètre; pressez avec assurance, mais avec ménagement, contre la coarctation, dans l'attente qu'elle se dilatera graduellement et se laissera pénétrer par la pointe de la sonde; alors abaissez le manche et dirigez l'instrument vers la vessie, si vous pouvez y parvenir avec rapidité et sans déployer beaucoup de force; sans cela abstenez-vous. Deux ou trois jours après, jamais moins et quelquefois plus tard, introduisez la sonde dont vous vous êtes déjà servi, retirez-la et placez-en une autre plus volumineuse. Continuez ainsi en dilatant jusqu'à ce que la partie ait atteint le diamètre normal de l'urètre. Si, dans le cours de vos manœuvres, vous n'êtes pas sûr d'avoir pénétré dans la vessie, vous pouvez lever tous vos doutes en introduisant une sonde percée. Vous pourriez, à la rigueur, employer ce dernier instrument dès le début, mais la présence des yeux près de son bec et sa légèreté relative rendent son introduction moins facile que celle d'un instrument massif.

» Vous rencontrerez dans votre pratique bien des cas où un pareil traitement est applicable. Tels sont : 1° ceux de rétrécissements anciens et indurés, qui ne peuvent pas être dilatés par la bougie ordinaire; 2° ceux dans lesquels, à la suite d'une manœuvre maladroite, on a fait une fausse route dans laquelle l'extrémité d'une bougie ordinaire pénétrerait facilement, et qu'un instrument inflexible pourrait éviter; 3° ceux où l'urètre s'est déformé et sa surface est devenue irrégulière à cause d'une maladie ancienne, et sans qu'il y ait eu aucune maladresse de commise; 4° enfin, quelques cas de coarctation dans lesquels une surface métallique lisse et polie détermine moins de douleur dans l'urètre, et probablement de spasme, que celle d'une bougie plus souple, mais moins unie. L'état de l'urètre varie autant que nos caractères. Vous verrez que, dans des circonstances à peu près semblables, il faut changer la méthode de traitement suivant les individus, et souvent il vous sera impossible de déterminer à l'avance celle qui conviendra le mieux. » (Brodie, *Leçons sur les maladies des organes urinaires,* p. 85.)

La *cautérisation directe*, ou *d'avant en arrière*, trouve ici son application. Paré la pratiquait avec ses bougies *emboistées*; Hunter avec un stylet porte-caustique recouvert d'une gaîne; Everard Home avec la bougie armée que nous avons décrite plus haut; instruments qui sont tombés, en France surtout, sous les critiques méritées de Ducamp et de ses successeurs.

Et, il faut bien le dire, ces instruments imparfaits, ébauches grossières qui rappellent l'enfance de l'art, méritent le sort qui les a frappés. Dans les mains les plus habiles ils ont échoué, et, de plus, ils ont causé des accidents terribles qui ont donné les plus vives inquiétudes au chirurgien et mis le malade à deux doigts de sa perte, heureux d'en avoir été quitte pour d'atroces douleurs. On a de la peine à comprendre qu'un homme comme Hunter ait pu coller au bout d'une bougie emplastique un morceau de nitrate d'argent, et enfoncer cet instrument à toute profondeur dans l'urètre, lorsque le caustique était si évidemment exposé à se détacher de la bougie ou à se briser et à rester ainsi en entier ou en partie dans le canal; car il est impossible de songer à l'extraire, et il peut alors produire dans l'urètre les plus graves dés-

ordres, non-seulement une rétention d'urine avec un appareil formidable de symptômes, des douleurs extrêmement vives et prolongées; mais l'eschare qui résulte de son accident laisse souvent une cicatrice rétractile, rétrécissement de l'ordre le plus rebelle. Ainsi, pour prix du péril qu'il a couru et des souffrances qu'il a endurées, le malade n'a obtenu qu'une aggravation de son rétrécissement.

L'observation suivante offre un enseignement complet sur cette question. Ceux qui l'auront lue seront peu tentés de recourir à la bougie armée.

Obs. 24. « *Rétrécissement à sept pouces; tentatives infructueuses de cathétérisme; cautérisation suivant la méthode de Hunter; accidents graves par la fracture du nitrate d'argent.*

» Dautheribes, manœuvre, eut, à l'âge de trente-trois ans (1805), une blennorrhagie qui fut regardée comme syphilitique, et traitée par les frictions, les pilules mercurielles et les astringents. Il conserva cependant à la courbure de l'urètre un sentiment de chaleur, et plus tard une cuisson douloureuse en urinant; ensuite l'écoulement reparut, l'envie d'uriner devint très-fréquente, le jet s'embarrassa tous les jours davantage, et la vessie ne se vida qu'incomplétement. Un chirurgien introduisit des bougies, puis des sondes de plus en plus grosses, jusqu'au n° 8. Au bout de six mois, le malade en cessa l'usage. Peu de temps après, la difficulté d'uriner reparut plus fâcheuse que jamais. Plusieurs rétentions, plus ou moins complètes, lui firent courir de grands dangers. Après quelques applications de sangsues, il subit un second traitement par la dilatation; mais, peu de temps après, il n'urina plus de nouveau que goutte à goutte.

» En 1825, après plusieurs rétentions d'urine très-graves, il me fut adressé par son chirurgien, pour que je le traitasse par la cautérisation. La sonde exploratrice sortit déformée sans empreinte, et je ne pus faire pénétrer dans le rétrécissement ni sonde, ni bougie. Je fus six mois sans le revoir, quoique je l'eusse bien prévenu des dangers de sa position. De nouveaux accidents causés, comme les précédents, par des écarts de régime, le forcèrent enfin à entrer à l'hôpital Saint-Éloi le 6 novembre 1825, vingt ans après le début de sa maladie, et âgé alors de cinquante-trois ans. Extrêmement faible, il rendait goutte à goutte, et en petite quantité, une urine bourbeuse; son linge était sali par un écoulement verdâtre très-abondant, et il était sujet à de fréquentes pollutions nocturnes qui l'épuisaient (bains, lavements narcotiques).

» Une sonde exploratrice pénètre jusqu'à sept pouces en causant de vives douleurs, elle sort déformée et sans empreinte qui puisse indiquer l'ouverture du rétrécissement. Pendant quinze jours, nouvelles explorations du canal; tentatives infructueuses pour pénétrer dans le rétrécissement, soit avec des bougies, soit avec des sondes d'argent ou de gomme élastique de forme et dimension variées. Après chaque exploration ou essai de cathétérisme, écoulement de sang abondant, douleur, augmentation de la difficulté d'uriner (bains, lavements émollients). Souvent l'instrument rapporte de petits graviers ensanglantés, tirés probablement de quelque fausse route située au-devant du rétrécissement.

» Voyant que je ne puis y pénétrer, et que rien même n'indique la situation de l'ouverture, je me décide à cautériser comme dans le cas précédent, d'avant en arrière, avec une sonde armée.

» Le 12, à la visite, on me donne une sonde droite armée d'un cône de nitrate d'argent qui dépasse de plus de deux lignes l'extrémité de l'instrument. J'en retranche une partie avec un canif et je remplis la sonde d'un mandrin courbe; j'introduis l'instrument en ayant soin de ne pas appuyer sur le mandrin dans la crainte qu'il fasse sortir le nitrate d'argent. Arrivé au rétrécissement, je m'applique à faire porter le caustique principalement contre la partie supérieure, parce qu'en se dissolvant il agit toujours davantage sur les parties déclives. Pour relever le bec de la sonde j'abaisse lentement le pavillon vers le périnée. Dans ce moment le malade fait un mouvement, et je sens se casser le nitrate d'argent; je pense d'abord à retirer la sonde, mais je réfléchis aussitôt que je ne ramè-

nerai pas avec elle le caustique, qui agira sur quelque partie saine du canal; je me rappelle la conduite de Hunter en pareil cas, et je maintiens le fragment en place pendant cinq à six minutes en l'appliquant contre le rétrécissement.

» Le cône de nitrate d'argent cassé justement au niveau de la sonde, présente encore à sa surface le brillant métallique; ce qui prouve qu'il a été maintenu, jusqu'au moment où je l'ai retiré, appliqué contre celui qui est resté dans le rétrécissement. Immédiatement après, je fais plusieurs injections d'eau tiède dans le canal pour délayer et entraîner tout ce qui peut encore être susceptible d'agir. Malgré toutes ces précautions, le malade éprouve de violentes douleurs qui le mettent dans une agitation presque furieuse, suivie de pâleur de la face, de malaise, de syncope, de fortes coliques du côté de la vessie et des reins, et de céphalalgie sus-orbitaire (20 sangsues au périnée; lavements narcotiques, bains, infusion de fleurs de tilleul). Ces différents moyens, surtout les sangsues, soulagent momentanément; mais le cours de l'urine étant interrompu, la région hypogastrique se distend; il survient un violent accès de fièvre qui commence par un froid intense et très-prolongé; enfin la base de la verge devient rouge et tuméfiée, ainsi que le testicule gauche. Ce n'est qu'à dix heures du soir que le malade commence à rendre quelques gouttes d'urine et à éprouver un soulagement durable. Le reste de la nuit se passe d'une manière plus calme que je n'osais l'espérer.

» Le 14, cessation de la fièvre et de la douleur; diminution notable du gonflement du testicule et de la base de la verge (12 sangsues, lavements narcotiques, bains). Le soir, cessation des accidents inflammatoires; même état qu'avant la cautérisation, si ce n'est que les gouttes d'urine sont plus rares.

» Le 15, hypogastre distendu, reins douloureux, rétention d'urine presque complète. Introduction d'une sonde de gomme élastique n° 1; évacuation d'une grande quantité d'urine, soulagement prompt; issue de la sonde par l'incurie du malade.

» Le 16, dysurie, tentatives infructueuses du cathétérisme.

» Le 17, introduction d'une sonde dans la vessie; le malade la retire.

» Les 19, 20 et 21, dysurie.

» Le 22, expulsion d'une eschare en forme de bouchon, de deux lignes de diamètre dans tous les sens; depuis lors, émission de l'urine par un jet continu; évacuation complète de la vessie, mais augmentation de l'écoulement habituel; constipation opiniâtre.

» Le 29, cautérisation en haut de sept pouces un quart à sept pouces et demi avec une sonde porte-caustique n° 4; augmentation du jet de l'urine (bains, lavements émollients).

» Le 5 décembre, cautérisation en bas dans la même étendue pour achever de détruire, dans ce sens, les restes de ce rétrécissement; constipation.

» Le 10, exploration du canal: second rétrécissement à huit pouces et en bas, peu considérable; cautérisation de huit pouces à huit pouces un quart, en bas, avec une sonde n° 4: la cavité du porte-caustique rapporte des graviers mêlés d'eschares; immédiatement après, le jet de l'urine est très-fort, mais encore tournoyant. Les jours suivants, il augmente encore de volume; l'écoulement est toujours abondant, mais il devient de plus en plus séreux; selles rares et dures.

» Le 15, une grosse sonde est encore arrêtée à huit pouces: cautérisation semblable à la précédente avec une sonde n° 6; jet de l'urine à plein canal.

» Le 21, introduction d'une sonde n° 10.

» Le 27, sonde n° 11, pendant un quart d'heure; écoulement peu abondant; le malade veut sortir de l'hôpital et rien ne l'y peut retenir.

» J'ai vu le malade au bout de deux mois, il urinait très-bien: plus tard on m'a assuré que le jet avait un peu diminué de volume.

» § I. Cette observation nous fournit un exemple de l'un des plus graves inconvénients qu'on ait reprochés à la méthode de Hunter. Toutefois la fracture du cône de nitrate d'argent est envisagée d'une manière bien opposée par les partisans et par les adversaires de cette méthode:

il paraît, comme cela arrive presque toujours, qu'il y a beaucoup d'exagération de part et d'autre. Les uns en parlent presque comme d'un événement heureux, qui doit tourner à l'avantage du malade, ou au moins comme d'une circonstance à peu près indifférente; les autres n'ont pas d'expressions assez fortes pour peindre les résultats affreux qui en sont la suite. Il est certain que chez notre malade les symptômes ont été effrayants pendant douze heures, et m'ont causé les plus vives inquiétudes. La douleur a été pendant plus d'une heure très-intense; mais ce qui a constitué le danger, c'est la rétention d'urine, et, pour être juste, il faut convenir que le malade y était éminemment prédisposé, puisque depuis long-temps il n'urinait que goutte à goutte. Si le rétrécissement eût été moins fort, la rétention n'eût peut-être pas eu lieu, ou n'eût pas du moins duré si long-temps; enfin les résultats n'ont rien eu de fâcheux puisque le caustique paraît n'avoir porté que sur les parties endurcies, et qu'elles ont été presque entièrement détruites en une seule fois : il n'y a eu ici ni hémorrhagie ni fausse route; il est resté peu de chose à faire après la chute de l'eschare : cependant son volume indique assez quels désordres aurait pu causer le nitrate d'argent, s'il n'eût pas été maintenu contre le rétrécissement, et par conséquent quels dangers plus grands le malade eût pu courir.

» § II. J'ai dit que j'avais été obligé d'introduire un mandrin dans la sonde pour lui donner une courbure convenable au siége du rétrécissement; c'est à cette circonstance que j'attribue principalement la rupture du cône de nitrate d'argent. Le mandrin ôte à la sonde toute son élasticité : il en fait un levier inflexible. Il n'en est pas de même des sondes courbes un peu épaisses; elles ont assez de solidité pour presser convenablement contre le rétrécissement, et assez de souplesse pour céder en partie quand on leur imprime un mouvement qui éprouve quelque difficulté à être exécuté.

» La destruction de ce qui restait d'obstacles au cours de l'urine n'a rien présenté de remarquable que le contraste entre les effets prompts et sûrs de la cautérisation de dedans en dehors avec ceux qu'a produits l'application du caustique suivant la méthode de Hunter. » (Lallemand, *Observations sur les maladies des organes génito-urinaires*, 2e partie, p. 313.)

Ces graves inconvénients ont dû appeler l'attention des chirurgiens, dont les uns ont été portés à renoncer à la cautérisation directe, comme inutile, et même comme essentiellement dangereuse. Les autres ont pensé à en perfectionner les instruments. Nous allons mettre sous les yeux du lecteur les principaux efforts qui ont été entrepris dans cette direction sans en juger le résultat, sur lequel l'expérience, encore insuffisante, n'a pas définitivement prononcé.

Le porte-caustique direct de Hunter a été perfectionné par M. Leroy-d'Étiolles. Le porte-caustique direct de ce chirurgien est formé d'un tube en gomme M, figure 43,

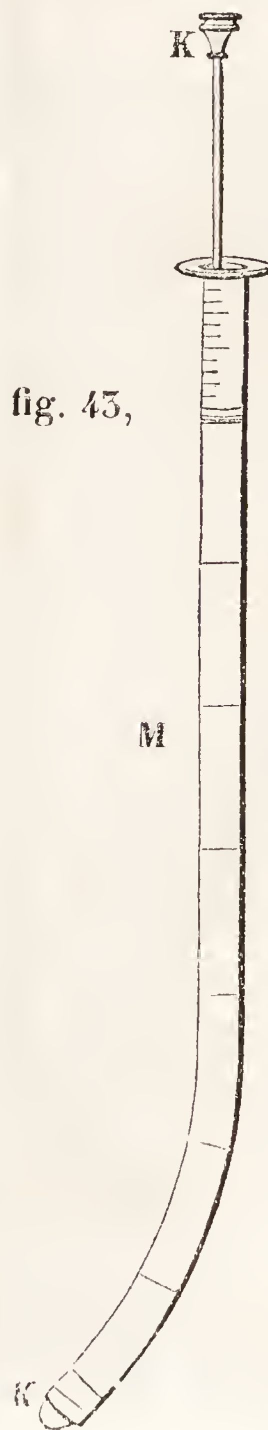


fig. 43,

à courbure fixe, aux extrémités duquel sont des viroles, l'une externe en argent, l'autre urétrale en platine. Un obturateur K K (fig. 44) bouche l'ouverture du tube pendant qu'il chemine dans la partie de l'urètre antérieure au rétrécissement. Dès que l'extrémité du tube a butté contre l'obstacle, on retire l'obturateur pour y substituer la tige chargée de caustique. Le nitrate d'argent est contenu dans une cupule en platine *c* (fig. 45) qui termine une tige terminée elle-même par une chaîne de Vaucanson dont le dernier chaînon porte la cupule ou cuvette.

Figures 44, 45.



Lorsque l'urètre est le siége d'un écoulement, avant d'introduire le porte-cuvette on essuie le canal avec un petit écouvillon d'éponge passé par le tube. On peut au nitrate d'argent substituer le caustique de Vienne.

Obs. 25. « Thérard (Auguste), jardinier demeurant à Vanves, âgé de quarante-neuf ans, était militaire en 1809, lorsqu'il contracta une première urétrite qui fut intense et pour laquelle il entra au Val-de-Grâce. Le médecin lui ordonna le copahu à doses assez fortes et seconda en même temps son effet à l'intérieur par des injections astringentes avec une liqueur qui semble avoir été de l'eau de Goulard. Les phénomènes inflammatoires les plus gênants disparurent bien un peu, mais l'écoulement persista avec une douleur assez vive pendant l'émission de l'urine. Au bout de trois semaines, il existait encore un peu d'écoulement dont la matière, jaunâtre, tachait la chemise et précédait toujours les premières gouttes d'urine. Thérard sortit cependant de l'hôpital, et, retenu quelque temps par son écoulement, il ne vit point de femmes; mais, en 1820, il contracta une nouvelle blennorrhagie pour laquelle cette fois, à cause de sa moindre intensité, il ne jugea pas à propos de consulter le chirurgien du régiment. Il se soumit de lui-même au traitement qu'on lui avait fait subir au Val-de-Grâce, et au bout d'un mois il était revenu à n'avoir plus que quelques gouttes d'écoulement qui se manifestaient surtout le matin et sortaient avec les urines qu'elles précédaient. — La maladie avait rendu Thérard plus modéré dans ses désirs; aussi ne s'exposa-t-il plus de long-temps à en contracter d'autres : il se maria et remplit ses devoirs matrimoniaux sans jamais remarquer le moindre retour d'écoulement jusqu'en 1837. A cette époque, à la suite d'excès, son attention fut attirée sur le jet de l'urine par une légère douleur qu'il commença à ressentir d'habitude au moment d'uriner; il ne pissait plus à plein canal comme autrefois, et le jet était *tortillé*. Thérard considéra ces phénomènes comme un léger inconvénient qui se dissiperait à la longue, et il ne s'en occupa pas davantage. Mais, loin de diminuer, les douleurs ne firent qu'augmenter encore, et les émissions étaient en même temps et moins longues

et plus fréquentes. C'est alors qu'il alla consulter un médecin. Celui-ci, ayant reconnu la présence d'un rétrécissement, passa des sondes dans le canal (il y a de cela deux ans environ), monta successivement de numéros moins gros à des numéros plus volumineux et arriva enfin à donner à l'urètre son calibre normal. On laissait des sondes à demeure dans le canal. Une inflammation violente existait. Lorsque le rétrécissement eut cédé à la dilatation, l'on ne pensa point à y remédier, et le malade, abandonné à lui-même, resta ainsi sans soins, comptant, d'après l'assurance dont on l'avait bercé, que l'irritation disparaîtrait d'elle-même et que sa guérison complète se ferait peu attendre. Mais il n'en fut point ainsi. L'irritation persista, le rétrécissement revint, et le malade se présenta à la consultation de M. Leroy-d'Étiolles dans l'état suivant :

» L'émission de l'urine se fait encore, mais elle se renouvelle fréquemment; elle est accompagnée parfois d'une douleur cuisante vers le col de la vessie. Le jet, tortillé, n'est pas plus gros qu'une épingle, et les dernières gouttes ne peuvent jamais être projetées. Un écoulement habituel de mucosités jaunâtres laisse sur la chemise des taches assez étendues et mêlées ordinairement de quelques gouttes d'urine, qui ont échappé à l'effort de contraction de la vessie et de l'urètre.

» Une sonde de moyen calibre est introduite dans le canal et arrive sans difficulté jusqu'à la région membraneuse, mais là elle rencontre un obstacle qui oppose une résistance permanente. Une bougie de petit calibre est introduite à sa place et arrêtée comme elle; on lui substitue une bougie tout à fait capillaire. Celle-ci est également arrêtée par le rétrécissement; mais, au bout de quelques minutes de tentatives, M. Leroy parvient cependant à enfiler le rétrécissement et à pénétrer sans autre obstacle jusque dans la vessie. Seulement la bougie signale son passage dans la portion prostatique par une légère douleur. Cette bougie est maintenue dans le canal pendant huit minutes environ, puis on la retire pour la remplacer par une autre un peu plus volumineuse; mais toutes les tentatives à cet effet sont inutiles : on essaie de la remettre en place; même résultat. Le canal, irrité par sa présence, s'est contracté, il faut renoncer à toute autre tentative ce jour-là. On ne prescrit au malade que des tisanes émollientes et rafraîchissantes.

» *Deuxième séance.* — Le malade croit avoir uriné plus librement et avec moins de douleurs, ce qui paraît un effet de son imagination; car la bougie la plus fine qui avait été introduite l'avant-veille ne peut plus être admise dans le rétrécissement quelque précaution qu'on prenne. Après de longues et inutiles tentatives, on se résout à employer la cautérisation directe. Le porte-caustique est introduit et maintenu appliqué pendant dix minutes. Le nitrate d'argent a été dissous en presque totalité, et on peut espérer quelque résultat avantageux.

» *Troisième séance.* — Une douleur légère a suivi l'application du nitrate d'argent et provoqué une émission plus fréquente des urines. Le malade la croit également plus facile. Même état du reste. Nouvelle cautérisation.

» *Quatrième séance.* — L'application du caustique n'a point procuré de douleurs ni de cuissons. Même sensation d'amélioration de la part du malade. La bougie capillaire, qui avait déjà pénétré, est présentée de nouveau; mais, après plus d'un quart d'heure d'essais infructueux, il faut encore renoncer à l'espoir de l'introduire et d'agir par la dilatation. Du reste, le cas paraît devoir être favorable à la cautérisation, quoique jusqu'à présent il se soit montré réfractaire. Le rétrécissement semble formé par une bride forte et dure comme les rétrécissements calleux. Nouvelle cautérisation de dix minutes environ.

» *Cinquième séance.* — Aucun résultat avantageux. Impossibilité de passer la bougie; même état des urines et du jet. Nouvelle cautérisation; même insuccès.

» Pendant plus de six semaines que le malade vint régulièrement à la consultation, il fut impossible de dépasser l'obstacle. La cautérisation fut appliquée quinze à dix-huit fois sans que jamais il

fût possible de faire pénétrer la bougie capillaire, qu'on était parvenu à introduire la première fois. On employait cependant concurremment la dilatation au-devant de l'obstacle; les sondes de gros calibre circulaient librement dans la portion antérieure de l'urètre. Tout ce qu'on avait gagné, c'était la diminution de l'état inflammatoire chronique de la muqueuse; la miction se faisait depuis, sinon avec facilité, du moins sans la moindre douleur. Quelques parcelles de caustique, en pénétrant à travers le rétrécissement et en se fixant sur la portion prostatique du canal, auraient-elles produit ce résultat?

» D'un autre côté, pourquoi ce rétrécissement, qui semblait devoir céder à la cautérisation, se montra-t-il si rebelle? Ne serait-ce point aux longues courses que le malade était obligé de faire à pied pour venir de chez lui à la consultation, aux travaux du jardinage, etc., qu'il faudrait en attribuer la cause? La rigueur de la saison l'ayant empêché quelque temps de revenir au Bureau central, je l'ai perdu de vue.

» M. Piégu, ayant été nommé interne à la fin de 1840, discontinua de suivre ma consultation pour les maladies des voies urinaires, il ne fut donc pas témoin de la fin du traitement que je vais raconter.

» Après quelques mois d'absence, Thérard se présenta de nouveau au Bureau central; l'obstacle était tout aussi infranchissable pour les bougies qu'auparavant. L'inutilité de la cautérisation avec la pierre infernale me donnait peu d'espoir de réussir par la persistance dans son emploi; je songeai au caustique de Vienne, et, après quelque hésitation causée par la crainte d'une action trop énergique et trop étendue, j'en portai sur l'obstacle une parcelle introduite dans la capsule du porte-caustique, ayant grand soin d'éponger les mucosités et de tenir le tube externe fortement appuyé contre le rétrécissement pour prévenir la diffusion latérale. La sensation produite par son contact sur le tissu exubérant fut moins vive que je ne m'y attendais; la réaction inflammatoire fut un peu plus forte qu'après les applications du nitrate d'argent: sans fièvre néanmoins. Le lendemain et le surlendemain l'écoulement de l'urine se faisait avec plus de difficulté, mais il ne se supprima pas; et le sixième jour après l'application du caustique le jet se montra tout d'un coup plus plein et plus libre. Je présentai une sonde en gomme de deux millimètres, qui pénétra sans encombre jusqu'à la vessie. La dilatation fut portée dans les séances suivantes à six millimètres. Thérard cessa de venir au Bureau central; il devra passer tous les quinze jours une ou deux sondes de calibre pour maintenir le canal au degré d'élargissement obtenu.

» Un tel résultat est sans doute un motif suffisant pour autoriser l'application du caustique de Vienne à la cure de certains rétrécissements réfractaires à tous les autres moyens. Toutefois je recommande d'y apporter une grande précaution, car son action corrosive est, comme l'on sait, profonde et rapide; je ne voudrais pas que mon exemple, inconsidérément suivi, fît courir des dangers et causât des accidents. » (Leroy-d'Étiolles, *Sur les rétrécissements de l'urètre*, p. 380.)

Rétrécissements qui ne laissent passer ni les instruments, ni l'urine.

Comme le cas de rétrécissement avec rétention complète d'urine est l'un des plus pressants qui puisse embarrasser le chirurgien, nous ferons tous nos efforts pour ne négliger aucune des ressources que la science met à sa disposition. Outre l'indication de rendre à l'urètre son calibre, il y en a une autre bien plus urgente: c'est d'évacuer l'urine. Nous ne décrirons pas ici la rétention d'urine et les accidents qu'elle entraîne, c'est un point important qui doit être traité à part; tout ce que nous devons faire dans ce moment, c'est d'exposer les moyens de la combattre. On commence par traiter la rétention pour arriver au traitement proprement dit de la coarctation.

« Il arrive souvent que lorsque pour la première fois vous êtes appelé auprès d'un malade atteint de rétrécissement, c'est au moment où il souffre d'une réten-

tion d'urine. Dans tous les cas, lorsqu'elle existe, c'est elle qui doit d'abord fixer votre attention; car alors le danger est imminent, et vous devez vous placer entre lui et la mort. Vous n'avez pas le temps de réfléchir, de délibérer ou de consulter vos amis et vos livres : les souffrances du malade sont atroces ; la crainte et l'inquiétude de ses amis, aussi bien que la sienne, sont poussées au dernier point ; il est important que vous connaissiez à fond tous les moyens qui probablement seront utiles, pour que vous soyez en état d'en faire une application immédiate et de le soulager. » (Brodie, *Leçons sur les maladies des organes urinaires*, p. 60.)

Il y a des cas tellement difficiles, tellement critiques, que, suivant M. Civiale, il faut répéter au praticien ce que disait Antoine Dubois à l'accoucheur chargé d'un accouchement laborieux : « Quand vous serez là, vous ferez comme vous pourrez. »

Il faut d'abord, par les procédés que nous avons indiqués, s'assurer de la nature de l'obstacle, acquérir la certitude qu'on a affaire à un rétrécissement et en apprécier les conditions diverses.

Une coarctation ne refuse pas tout passage à l'urine parce que le mal est arrivé jusqu'à l'oblitération organique ; ce dernier cas est excessivement rare ; mais par différentes circonstances dont nous examinerons d'abord et les plus simples et les plus ordinaires.

Dans l'immense majorité des cas, ce qui interrompt entièrement l'excrétion urinaire, c'est, suivant plusieurs chirurgiens, l'inflammation de la muqueuse du rétrécissement, le gonflement de la membrane portant ainsi la coarctation jusqu'à l'oblitération. D'autres attribuent cet effet à un état spasmodique des parties profondes de l'urètre ou du col de la vessie. Ceux qui admettent l'intervention du spasme, ou bien n'en précisent pas le siége, ou bien le placent dans la portion membraneuse de l'urètre, qui est au commencement celui de la coarctation, ou bien disent, comme Brodie, que c'est une « affection spasmodique de l'obstacle. » Suivant M. Mercier, ce spasme occuperait alors le col de la vessie, la valvule musculaire qui, d'après ce médecin, formerait l'orifice de l'urètre. Nous croyons, nous, que l'inflammation et le spasme, qui se disputent ici le terrain, doivent le partager, bien que dans une proportion inégale ; en un mot, que ces deux causes jouent un rôle dans le mécanisme de la rétention d'urine, mais que celui du spasme prime l'autre, que son influence est plus grande et plus fréquente que celle de l'inflammation. Quoi qu'il en soit des conditions pathologiques qui président à la production de la rétention d'urine, nous indiquerons les moyens qu'on y oppose.

Enfin quelquefois un tampon de mucus épaissi obture le rétrécissement. Il arrive que cette concrétion muqueuse, en quelque sorte moulée dans l'urètre, prend la forme d'un ver, apparence insidieuse, qui en impose à des observateurs superficiels, ainsi que le fait remarquer l'auteur de l'observation suivante :

Obs. 26. « *Cinquante-deux ans, subite rétention d'urine; après plusieurs heures d'efforts, expulsion d'un corps vermiforme et liberté dans le cours des urines; le lendemain matin nouvelle ischurie, introduction d'une sonde exploratrice jusqu'à la vessie, issue d'une urine abondante et bourbeuse; injections dans la vessie, boisson diurétique, prompt retour à la santé.*

» Dans la soirée du 20 mai 1824, un cordonnier de la rue Jean-Robert fut pris tout à coup d'une rétention d'urine complète. Il était âgé de cinquante-deux ans ; il n'avait jamais eu de blennorrhagie, ni souffert des reins. Après plusieurs heures d'efforts, un corps vermiforme sortit de l'urètre, et le cours des urines se rétablit. Le lendemain matin, il s'arrêta de nouveau. Cette fois le malade vint prier M. Fourcadelle de lui retirer le *ver* qui lui obstruait le canal, montrant, à l'appui de sa demande, le corps qu'il avait expulsé, et qu'il croyait être réellement un ver.

» Il ne fut pas difficile à M. Fourcadelle de s'assurer que ce corps, qui, au premier abord, offrait l'apparence d'un ver-lombric, n'était qu'un amas de matières salines liées par du mucus. Il vou-

lut me rendre témoin du fait; le malade et la substance me furent adressés.

» La rétention d'urine persistait. Je portai une sonde exploratrice dans le canal; elle pénétra facilement jusqu'à la vessie, sortit avec une empreinte, et fut suivie de l'excrétion d'une urine bourbeuse et abondante. Je fis des injections dans la vessie; le malade fut mis à l'usage d'une boisson diurétique; les urines reprirent la fluidité naturelle; leur marche ne se dérangea plus.

» J'ai présenté, dans le temps, ce prétendu ver à la Société philomatique, et j'ai signalé ce fait comme propre à éclairer l'histoire de certaines affections vermineuses des voies urinaires. Je le rapporte ici, dans le but de faire remarquer que, quand il n'existe point de rétrécissement dans le canal, que les corps étrangers qui l'obstruent sont de nature à céder, la sonde exploratrice pénètre facilement jusqu'à la vessie, et sort avec une forme arrondie différente de celle qui lui est imprimée par les coarctations. Si le contraire a été annoncé, c'est, sans doute, parce qu'on s'est trop pressé de conclure, de quelques essais faits sur le cadavre, à ce qui doit arriver sur le vivant. » (Ségalas, *Traité des rétentions d'urine et des maladies qu'elles produisent*, pag. 323.)

Que la concrétion oblitérante ait été poussée de la vessie dans les efforts de miction et comme passée à la filière dans le rétrécissement, ou qu'elle se soit formée dans l'urètre, on conçoit très-bien que le passage tenté et répété de l'urine dans le canal l'ait chargée de sels. Ces sels ont dû, par leurs aspérités, en rendre l'expulsion plus difficile. En repoussant dans la vessie, par des injections forcées, cette concrétion chargée de matière saline, n'aurait-on point exposé le malade à la pierre? Ce danger, nous l'avouerons, nous paraîtrait à redouter.

Beaucoup de chirurgiens éminents conseillent dans leurs livres de commencer par mettre le malade dans un bain chaud et de l'y tenir long-temps, une ou deux heures; dans leur pratique, ils commencent par essayer de faire pénétrer un instrument jusqu'à la vessie par l'urètre; s'ils échouent dans cette première tentative, ils prescrivent alors le bain, autant pour occuper le sujet que pour améliorer l'état du rétrécissement.

a. *Instruments flexibles*. Généralement on débute par essayer une bougie ou une petite sonde de gomme élastique.

« Prenez tout d'abord une des plus petites sondes en gomme élastique, qui aura été pendant long-temps garnie d'un mandrin recourbé, dont elle conservera la forme lors même que ce dernier aura été enlevé. Introduisez-la, seule; et, à mesure qu'elle approche du rétrécissement, tournez sa concavité du côté du pubis, pendant que vous allongerez le pénis par des tractions aussi considérables que possible. Il est probable qu'elle traversera l'obstacle et pénétrera dans la vessie, que l'urine s'écoulera alors par un petit jet, et que le malade obtiendra un soulagement immédiat et complet.

» Si vous ne réussissez pas avec une petite sonde en gomme élastique, essayez une corde à boyau bien faite, c'est-à-dire fortement tordue, convenablement arrondie à son extrémité et lisse dans toute son étendue; n'oubliez pas de tendre la verge, et il est probable qu'elle franchira l'obstacle. Il n'est pas nécessaire que la corde à boyau arrive jusqu'à la vessie, il suffit qu'elle soit engagée ou retenue dans le rétrécissement; laissez-la en place jusqu'à ce qu'un violent besoin d'uriner se fasse sentir, retirez-la alors, et elle sera suivie d'un petit jet d'urine. Si le malade peut vider sa vessie, vous avez atteint le but. S'il en est autrement, replacez-la, ou plutôt remettez-en une autre de la même grandeur; car une corde à boyau qui a servi ne peut pas être employée une seconde fois, et le malade la gardera autant qu'il le pourra. Si sa forme rectiligne s'oppose à son introduction, vous réussirez souvent en recourbant sa pointe.

» Grâce à ce moyen, vous réussirez à la faire glisser sur la paroi supérieure de l'urètre, et vous éviterez la paroi inférieure dans laquelle l'obstacle est toujours plus marqué et où elle aurait été arrêtée comme auparavant.

» Lors même que les cordes à boyau auront été inutiles, vous pourrez réussir souvent à soulager le malade, en intro-

duisant dans la vessie une sonde en argent ou en gomme élastique garnie d'un fort mandrin. » (Brodie, *Leçons sur les maladies des organes urinaires*, p. 65.)

M. le professeur Velpeau et la plupart des praticiens suivent cette marche. Ils commencent par tenter l'introduction de sondes élastiques ou de bougies fines. C'est notamment la conduite de M. Mercier, qui a eu l'idée de préparer les voies aux petites bougies par de plus grosses en dilatant ainsi avec les secondes ce que les premières avaient préparé. Nous devons dire que M. Civiale a également imprimé cette phrase : « D'ailleurs l'action plusieurs fois répétée de la bougie contre la face antérieure du rétrécissement, dispose celui-ci à se laisser pénétrer par d'autres plus petites. Quelquefois même la dilatation s'opère ainsi d'avant en arrière, et l'on est surpris de voir des bougies volumineuses pénétrer enfin, tandis que peu de jours auparavant les plus petites avaient de la peine à s'engager un peu. Une chose que nous ne devons pas taire non plus, c'est que les hommes habitués à concentrer leur attention sur des points très-circonscrits, exagèrent, sans s'en apercevoir, l'importance de leurs vues, et donnent comme des découvertes des signes ou des procédés que les chirurgiens trouvent et emploient sans en outrer la portée, presque sans en parler. C'est une réflexion générale qui ressort du sujet et dont nous n'entendons faire aucune application. »

Les injections forcées trouvent naturellement leur place avant le cathétérisme forcé. On introduit dans l'urètre, jusqu'au rétrécissement, une sonde de gomme élastique ouverte par les deux bouts ; on introduit le bec d'une seringue dans l'orifice externe de la sonde, et on pousse le liquide dans le but de chasser du rétrécissement une sorte de tampon de mucosités, qui le portait jusqu'à l'obstruction. Cet effet opéré, par une ou deux injections, car on peut être obligé de la répéter, le malade, à l'aide d'un peu d'effort, peut chasser assez d'urine pour obtenir un grand soulagement, et attendre sans danger le progrès des moyens directs qu'on emploie contre le rétrécissement. Ces injections, proposées par M. Amussat, ne peuvent guère avoir d'autre résultat utile. Peut-on supposer qu'elles dilatent la coarctation ?

b. *Instruments inflexibles*. Cette désignation comprend les sondes métalliques et celles de caoutchouc munies d'un fort mandrin. Avec ces divers instruments le cathétérisme se pratique de deux manières principales ; il est soutenu ou forcé.

Le cathétérisme soutenu consiste à présenter au rétrécissement des sondes de différents calibres, à les tenir longtemps appliquées contre l'obstacle ; à répéter plusieurs fois cette manœuvre, qui réussit quelquefois quand on n'avait pu faire pénétrer les bougies les plus fines.

« La sonde d'argent ordinaire n'est pas aussi convenable en ces cas que celle que je vous montre en ce moment ; vous remarquerez que celle-ci est plus courte et moins courbée, et qu'elle est fixée sur un manche en bois qui en rend l'emploi plus facile. Si vous vous servez d'une sonde en gomme élastique, le mandrin doit avoir un manche aplati... » (Brodie, *lieu cité*, p. 66.)

Le chirurgien anglais préfère cette disposition, parce qu'elle rend plus facile la direction de l'instrument ; et parce qu'elle est plus favorable à l'emploi de la force, car il recommande les plus grands ménagements.

Voici les préceptes que donne M. Civiale pour procéder à cette opération délicate.

Obs. 27. « Le malade étant couché sur le bord d'un lit peu élevé, les cuisses écartées et légèrement fléchies, on se place entre ses jambes et l'on reconnaît la situation du rétrécissement. Cela fait, on prend une sonde à petite courbure, ayant au moins une ligne de diamètre, et arrondie à son extrémité. On l'introduit avec beaucoup de lenteur. Elle pénètre sans difficulté jusqu'au point rétréci, que je suppose exister à la courbure du canal. La circonstance capitale et d'où dépend le succès de l'opération, c'est que le bec de la sonde s'engage dans l'orifice du rétrécissement. En cela réside la difficulté, surtout lorsque, com-

me il arrive souvent, les explorations préalables, à l'aide soit des bougies molles, soit des sondes exploratrices, n'ont fourni aucun indice sur la situation de cet orifice. Quoi qu'il en soit, parvenu à l'obstacle, on maintient pendant quelques instants l'extrémité de la sonde appliquée contre sa partie antérieure, mais en n'exerçant qu'une pression égale, fort légère, et en tirant simultanément sur la verge, de manière à l'allonger autant que possible sans causer de douleur. Au bout de quelques instants, on abandonne le pénis, et souvent on trouve le bec de la sonde engagé, retenu même, dans l'obstacle. Alors on tire de nouveau la verge et l'on continue de presser sur la sonde, en la dirigeant de manière que sa partie courbée soit constamment dans l'axe du canal. On s'arrête encore pendant quelques minutes, puis l'on recommence, après avoir constaté que la sonde continue d'être serrée et comprimée par le rétrécissement. Au bout d'un quart d'heure ou d'une demi-heure, et quelquefois beaucoup moins, l'instrument a franchi l'obstacle sans effort et sans causer de fortes douleurs. Il y a des moments où la roideur est plus grande et où la sonde n'avance point : on cesse alors sur-le-champ toute pression, et l'on attend que la contraction ait cessé, afin de ne faire avancer l'instrument que pendant le relâchement. Ces alternatives de contraction et de détente sont appréciées sans peine par le praticien, et l'on rencontre même des malades qui en ont la conscience. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, p. 252.)

Comme le succès dépend quelquefois, dans ces opérations délicates, d'une légère modification, en apparence insignifiante dans la manœuvre, d'un tour de main, comme on dit dans les arts, notre devoir était de reproduire autant que possible textuellement l'exposition que nous ont laissée de leurs procédés les hommes les plus versés dans le traitement de ces maladies, surtout quand leurs descriptions s'accordent avec ce que nous avons été à même de voir et d'entendre dans les hôpitaux. C'est d'ailleurs l'engagement qu'a pris dans son titre même la *Biblioth. du médecin praticien*, de laisser, autant que l'économie bien entendue du livre le permet, parler les auteurs, au lieu d'analyser leurs paroles.

Le cathétérisme forcé se fait avec les très-grosses sondes de M. Mayor ou avec la sonde conique.

Les premières, convenables tout au plus dans certaines hypertrophies de la prostate, seraient d'une application dangereuse dans les rétrécissements organiques. Cependant M. Mayor aurait réussi avec des sondes monstres : il est parvenu dans la vessie en forçant des obstacles tellement durs et calleux, qu'il était obligé, dit-il, pour ne pas se blesser la main en appuyant sur la sonde, de la garnir d'une serviette pliée en plusieurs doubles. Mais ces succès n'empêchent pas que ces instruments volumineux ne produisent le plus souvent des déchirures de l'urètre et des désordres qui ont plus d'une fois causé la mort. Aussi personne ne songe-t-il aujourd'hui à faire usage de ces instruments dans les rétrécissements organiques de l'urètre, depuis que M. Vidal de Cassis a montré les inconvénients graves de la méthode de M. Mayor. Nous ne pouvons mieux faire que de citer en entier le passage où M. Vidal apprécie cette méthode :

« Ce chirurgien (M. Mayor) proposa un *cathétérisme forcé* avec des sondes courbes, pleines ou creuses, en étain, divisées en six numéros, allant de deux lignes à quatre lignes et demie de diamètre. Voici le principe qui le dirige dans sa pratique et dans sa polémique : *Plus le rétrécissement est prononcé et opiniâtre, en d'autres termes, plus l'urètre offre de difficulté au cathétérisme, à la libre excrétion des urines, plus aussi j'ai soin de m'armer d'un cathéter de plus en plus volumineux.* Un pareil paradoxe dut révolter les esprits sages, modérés. Une polémique s'ouvrit : elle ne manqua ni de vivacité ni d'aigreur, surtout du côté de M. Mayor, ce qui annonçait déjà que ce chirurgien avait une mauvaise cause à soutenir. Je pris une part assez active dans ce débat; je prouvai : 1° que le raisonnement était contre M. Mayor; 2° que les véritables rétrécissements (organiques) ne pou-

vaient être traités par sa méthode ; 3° que les succès invoqués par mon adversaire ou ses partisans étaient dus à des cathétérismes pour des cas de rétrécissements spasmodiques, et surtout pour des gonflements de la prostate. Aujourd'hui, plus que jamais, depuis que les maladies de la prostate sont si bien étudiées, il est reconnu que les erreurs de M. Mayor ont leur source dans son ignorance de ces maladies.

» Succombant sous le raisonnement et la force des faits, le chirurgien de Lausanne ne craignit pas, à son grand âge, d'avoir recours à l'injure, c'est-à-dire qu'il voulut avoir doublement tort. Mais, comme je ne voulais pas avoir raison deux fois, j'abandonnai M. Mayor sur un terrain qu'il n'aurait pas dû aborder. Voici d'ailleurs une page de ma réfutation ; par paresse, je lui laisse sa forme polémique, que le lecteur me pardonnera peut-être.

» Selon M. Mayor, procéder à la dilatation par degrés, c'est se *traîner péniblement* de numéros inférieurs à numéros supérieurs, et suivre une marche *lente et méticuleuse.* Son moyen est plus sûr et va plus vite ; il le met en usage depuis trente-cinq ans sans *aucun accident ;* et cependant il a poussé *en peu de jours* de très-grosses sondes là où de fort habiles chirurgiens n'avaient pu, en plusieurs années, faire parvenir que de simples bougies. Je prie le lecteur de noter que M. Mayor dit que ses sondes se manient très-facilement ; ce qui le prouverait, c'est l'absence presque complète de détails quand il s'agit du manuel opératoire.

» Pour étayer ses idées, qui, comme le dit M. Mayor, pourront paraître absurdes, il invoque d'abord l'analogie. Or, on sait à quelles erreurs l'analogie peut conduire une imagination vive et prévenue ; mais ce n'est pas ici le lieu de critiquer, je ne fais qu'exposer.

» Vous avez à opter entre une très-petite et une très-grosse canule pour donner un lavement : selon M. Mayor, vous donnerez la préférence à la très-grosse, parce qu'elle ne s'arrêtera pas dans les plis de la muqueuse du rectum, et vous ne redouterez pas des picotements douloureux. *L'intromission de la verge chez une vierge, lors même qu'elle est accompagnée de brusquerie, peut encore donner une idée de l'innocuité d'un écartement forcé par un corps volumineux, lorsqu'il est arrondi à son extrémité.* Mais ce qui est d'un grand poids, pour M. Mayor, c'est la dilatation énorme et souvent très-rapide de l'orifice utérin par la pression et les efforts soutenus de la tête d'un fœtus à terme, tandis qu'un petit stylet, même entre des mains habiles, ne pourrait parcourir la même route sans risquer de blesser plus ou moins et de laisser les traces de sa présence (exagération bien reconnue aujourd'hui, à Lourcine surtout, où nous faisons le tamponnement du col de l'utérus, dans certaines maladies de cette partie). D'ailleurs, M. Mayor considère le cathétérisme forcé comme un petit accouchement retourné ; selon lui, son procédé est une imitation de cette fonction. Quand son cathéter est parvenu sur le point rétréci de l'urètre, il ne craint pas d'appuyer avec énergie ; il essaie de le faire pénétrer en exécutant alternativement et *avec quelques efforts* de petits mouvements de gauche à droite, d'avant en arrière, de *vrille* et de *va-et-vient.* Je dirai, par anticipation, que je ne comprends pas des mouvements de vrille exécutés dans l'urètre par un instrument courbe. Desault faisait aussi mention de cette espèce de rotation de cathéter. Mais laissons encore parler M. Mayor : « Je continue les essais de pression avec le premier instrument, si je fais quelques progrès ; mais si j'ai lieu de croire que je n'avance pas, que l'obstacle résiste trop fortement, et que je serais dans le cas d'employer plus de force pour le vaincre, alors j'ai recours, et toujours en procédant de la manière que je viens d'indiquer, à des numéros successivement plus forts. Je m'autorise précisément de ce volume, de plus en plus considérable, pour graduer de même mes efforts et les rendre de plus en plus inoffensifs, quoique toujours plus énergiques. »

» Il est temps d'apprécier les assertions de l'auteur, et de montrer le parti qu'il a su tirer de l'analogie, arme très-puissante quelquefois, mais très-difficile à manier.

» Ce qui ressemble le mieux à un cathétérisme forcé, c'est, selon M. Mayor, l'accouchement. On voit que ce chirurgien n'a tenu compte, dans cette grande fonction, que d'un fait, le passage des corps volumineux par une ouverture étroite, le produit de la conception franchissant le col de la matrice. Le fœtus lui a représenté la sonde, et le col utérin l'urètre rétréci. Il n'y a, pour M. Mayor, qu'une puissance, celle qui agit sur l'axe du fœtus et qui va se concentrer sur la tête, qui représente le bec de la sonde : cette puissance est comparée à l'action de la main du chirurgien qui pousse le cathéter. Mais l'action des fibres longitudinales sur les fibres circulaires de l'utérus n'est donc pour rien dans l'accouchement? L'action mécanique de la tête sur le col de la matrice n'est-elle pas combinée avec l'action des fibres chargées de la dilatation? Qui représente cette dernière puissance dans le cathétérisme de M. Mayor? D'ailleurs le fœtus est toujours précédé par une partie de l'œuf extrêmement compressible, savoir, la poche des eaux, l'auteur l'oublie à tort; car cette circonstance lui eût rappelé que la nature ne procède jamais brusquement, et qu'elle ne *force rien*. Dès le premier instant de la conception, tout se prépare pour la parturition : une lutte lente et progressive s'établit entre les fibres du col et les fibres du corps de la matrice, ce qui a fait dire à un chirurgien très-célèbre que la grossesse et l'accouchement étaient la même fonction. Ainsi, la nature se prépare pendant neuf mois; elle est donc *méticuleuse; elle se traîne péniblement et longuement de numéros inférieurs à numéros supérieurs*. Disons plutôt qu'elle est sage et prudente. Ce ne sont pas seulement les parties molles qui s'apprêtent de longue main pour l'accouchement, ce cathétérisme renversé; mais encore les os eux-mêmes. Que se passe-t-il de semblable dans le cathétérisme forcé de M. Mayor?

» Mettons de côté tout ce qui a trait au canal que doit parcourir le produit de la conception; examinons la tête du fœtus : est-ce qu'elle est incompressible comme l'étain? Non, sans doute; elle modifie au contraire sa forme; ses diamètres sont diminués selon que l'accouchement est à telle ou telle période; elle pourrait donc plutôt être comparée aux moyens dilatants plus ou moins flexibles, plus ou moins élastiques, dont se servent les chirurgiens méticuleux, selon M. Mayor. Si ceux-ci avaient eu l'esprit assez complaisant pour être satisfaits de quelques analogies éloignées, il leur serait facile de voir dans leur méthode, et non dans celle de M. Mayor, la méthode dont se sert la nature pour expulser le fœtus; car la dilatation lente et progressive, opérée par des moyens élastiques compressibles, ressemblerait plutôt à un accouchement renversé que le cathétérisme forcé à l'aide d'un instrument métallique. Comme je l'ai déjà dit, J. Hunter d'abord, Dupuytren ensuite, laissant sur le rétrécissement une bougie qui ne presse que par son poids, mais qui assouplit les tissus indurés, les invite à une sécrétion qui les dégorge, ces deux grands chirurgiens, en tenant une pareille conduite, ne comprenaient-ils pas mieux les secrets de la nature que ceux qui veulent la heurter de front? Voyez donc le danger de l'analogie, surtout quand ses termes sont éloignés : au lieu de vous servir, elle fournit des arguments à vos adversaires.

» M. Mayor sera-t-il plus heureux dans ses autres comparaisons? L'exemple de la défloration ne le prouverait pas. En effet, l'hymen représente une valvule souple, qui peut être comparée à certains rétrécissements; mais, quoique le corps dilatant ne soit pas métallique, qu'il soit élastique et compressible, l'hymen se déchire, il y a douleur très-vive, le sang coule, etc., surtout si on procède avec brusquerie, comme le dit le respectable chirurgien de Lausanne. Les dilacérations n'ont ordinairement aucun résultat fâcheux à l'orifice du vagin; mais dans l'urètre elles sont graves, comme le prouvent les faits qui se sont produits depuis l'introduction dans la pratique des principes de Desault. M. Mayor n'a pas pensé que, dans l'accouchement, il en était le plus souvent ainsi, qu'il y avait des déchirures plus ou moins étendues du col, de la fourchette, etc., et que ces phénomènes avaient précisément

lieu quand la tête du fœtus, qui est pour lui le bec de la sonde, se trouvait volumineuse, et que la parturition se faisait trop rapidement, c'est-à-dire quand cette fonction se rapprochait le plus du cathétérisme forcé.

» Les rapports que M. Mayor trouve entre l'introduction des doigts ou de la main dans le rectum sont encore plus éloignés que ceux qui lui ont paru rapprocher le cathétérisme des deux actes de la génération dont nous venons de parler. M. Mayor demande à celui qui va donner un lavement s'il se servira d'une très-grosse ou d'une très-petite canule. La réponse est facile, et elle sera trouvée même par les chirurgiens les plus opposés au *juste milieu*.

» En admettant que ces comparaisons soient justes, elles ne justifieraient le cathétérisme Mayor que dans les cas de rétrécissements très-compressibles, à organisation peu avancée, et dont l'étendue en longueur serait peu considérable. Il faudrait encore que la valvule, qu'ils tendent à former, fût peu proéminente, car elle pourrait être déchirée comme l'hymen, et alors on n'aurait pas fait une opération légère, car elle pourrait avoir des résultats fâcheux. Mais quelle analogie peut-il y avoir entre un rétrécissement fibreux très-étendu dans tous les sens et les ouvertures anale, utérine, vaginale, qui, toutes, sont compressibles, élastiques, souples, et de leur nature très-dilatables? Quel rapport, d'ailleurs, entre des actes tout à fait physiologiques, dont l'accomplissement est soumis à des conditions très-nombreuses, la plupart inconnues, et une opération chirurgicale, pratiquée avec un instrument contondant, courbe, que l'on tourne comme une vrille dans un canal courbe aussi!

» Pour rapprocher les analogies, et mieux apprécier ce qui se passe dans l'urètre rétréci, quand on pratique le cathétérisme, M. Mayor eût dû prendre pour exemple, non-seulement les ouvertures éminemment compressibles et dilatables, mais encore les ouvertures fibreuses, par exemble, celles qui donnent passage aux vaisseaux qui sortent d'une grande cavité. Découvrez l'anneau inguinal sur un cadavre; essayez de le traverser forcément avec un instrument dont les diamètres ne sont pas en rapport avec ses rayons, et vous verrez quels résultats vous pourrez obtenir. Faites-en de même pour la trompe d'Eustache, pour la partie cartilagineuse du conduit auriculaire, et vous rencontrerez la même impossibilité; tandis que par des moyens habilement gradués, vous élargirez la plupart de ces ouvertures, de ces canaux, quoique fibreux ou cartilagineux. Brusquez tout, vous n'obtiendrez rien. Je ne sais si je dois faire mention des autres comparaisons que croit devoir faire M. Mayor, comme celle d'un poinçon qu'on enfonce dans un cuir, celle du poing fermé et celle de l'intestin. Celui-ci, on l'étrangle avec un fil, on ne fait *qu'un nœud simple;* si on introduit dans la cavité de cet intestin un instrument analogue à une bougie, ou une bougie elle-même, il n'y aura pas moyen de passer, tandis qu'une grosse sonde tombera précisément dans le centre, et fera céder l'étranglement, c'est-à-dire qu'elle déliera le nœud. Remarquez que ce nœud est supposé simple : les nœuds qui forment les rétrécissements sont-ils ainsi faits? peut-on ainsi les délier? » (Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire,* t. v, p. 340.)

Le cathétérisme forcé avec la sonde conique a été surtout pratiqué et mis en vogue par Boyer. Pour bien juger les méthodes, surtout quand on les attaque, il convient d'en prendre l'exposition dans leurs auteurs; c'est ce que nous allons faire en empruntant à Boyer le passage qui traite ce sujet :

« Depuis plus de vingt ans j'emploie avec le plus grand succès des sondes coniques presque pointues, pour sonder les hommes dont l'urètre est tellement rétréci qu'il ne peut admettre ni les bougies, ni les sondes ordinaires les plus fines. Les sondes coniques doivent être d'un calibre moyen et avoir des parois très-épaisses, afin qu'elles ne plient pas contre l'obstacle qu'elles doivent surmonter. Leur grosseur doit aller en diminuant insensiblement, depuis le pavillon jusqu'à l'extrémité opposée qui se termine en pointe mousse. Les yeux ou

ouvertures latérales doivent être placés à deux lignes de distance l'un de l'autre, pour que la partie de l'instrument à laquelle ils répondent ne soit pas trop affaiblie. La partie de la sonde comprise entre la dernière ouverture et l'extrémité de l'instrument doit être pleine et avoir quatre à cinq lignes de longueur : cette partie qui est proprement le bec de la sonde doit être plus ou moins pointue, suivant la dureté et la résistance de l'obstacle que l'on veut surmonter. Le stylet que l'on met dans les sondes coniques doit être assez gros pour les remplir exactement, afin qu'il ajoute à leur force, et les rende moins susceptibles de plier contre l'obstacle.

» Il y a bien peu de rétrécissements de l'urètre, quelles que soient leur situation et leur ancienneté, que l'on ne puisse franchir avec une sonde conique. Cependant j'ai rencontré des cas dans lesquels il m'a été impossible de surmonter les obstacles, même avec les sondes les plus pointues ; et ç'a été presque toujours sur des malades qui avaient subi plusieurs fois l'application de la pierre infernale.

» Avec les sondes coniques on se fraie comme une route artificielle dans la route même de la nature, ou, en d'autres termes, une sorte de ponction dans l'urètre même. Mais, pour se servir avantageusement de ces sondes, il faut une grande expérience et une longue habitude de sonder ; il faut aussi être éclairé par les lumières de l'anatomie pour suivre la direction du canal urinaire, laquelle varie souvent par l'état pathologique des parties. Au reste, voici de quelle manière on doit se servir de la sonde conique. En parlant du cathétérisme, nous avons dit que pour pratiquer cette opération il fallait saisir le moment où la vessie contient une certaine quantité d'urine, afin de juger plus sûrement que la sonde est parvenue dans ce viscère par le défaut de résistance qu'elle éprouve, et pour que son bec ne heurte pas les parois de la vessie. Cette précaution est surtout nécessaire ici parce que, la sonde étant conique, ce n'est point par le défaut de résistance, mais bien par la sortie de l'urine, que l'on juge qu'elle est parvenue dans la vessie : d'ailleurs, comme la pointe est terminée en pointe émoussée, si on l'introduisait dans une vessie vide, il serait à craindre qu'elle n'en blessât les parois. Le malade étant couché sur le bord gauche du lit, le chirurgien enfonce la sonde, bien graissée d'huile, doucement dans l'urètre, jusqu'au rétrécissement; lorsqu'elle y est parvenue, il porte profondément dans l'intestin rectum le doigt indicateur de la main gauche enduit de cérat; ensuite il pousse en arrière la verge sur la sonde, qu'il tient entre le pouce et le côté radial du doigt indicateur à demi fléchi ; et comme les doigts peuvent glisser sur la sonde, et que par là une partie de la force qu'on est obligé d'employer pour la faire avancer serait perdue, on doit placer entre elle et les doigts un morceau de linge. Les choses étant dans cet état, le chirurgien enfonce la sonde suivant la direction de l'urètre, sans l'incliner ni d'un côté, ni de l'autre, avec une force proportionnée à la résistance qu'il éprouve. Le doigt indicateur de la main gauche, qui sert, pour ainsi dire, de conducteur à la sonde, fait connaître si en avançant elle conserve la direction de l'urètre ou si elle s'en écarte, et, dans ce dernier cas, de quel côté il faut la porter pour la ramener à cette direction. La profondeur à laquelle la sonde a pénétré, sa direction et la facilité d'en abaisser le pavillon font présumer qu'elle est parvenue dans la vessie. Alors on retire le stylet; et si l'urine s'écoule, la présomption se convertit en certitude : l'opération est terminée ; mais comme l'urine commence à sortir aussitôt que l'ouverture latérale de la sonde qui est la plus voisine de son bec a dépassé le col de la vessie, et que l'instrument n'excède ce col que d'environ quatre ou cinq lignes, il convient de l'enfoncer un peu plus dans la vessie, en prenant garde toutefois de la pousser trop avant, crainte de blesser les parois de ce viscère.

» On n'est pas toujours assez heureux pour faire pénétrer la sonde jusque dans la vessie à la première tentative. Il arrive quelquefois que dans cette tentative on ne peut surmonter la résistance opposée par le rétrécissement, ou que, si on parvient à la vaincre, on ne peut faire avan-

cer la sonde que de quelques lignes. Dans ce cas, à moins qu'il n'y ait rétention complète d'urine, on doit retirer la sonde et lui substituer une bougie, si le malade ne souffre pas ou ne souffre que très-peu, afin de conserver le terrain qu'on a gagné. On prescrit au malade une boisson tempérante et adoucissante, on lui fait prendre des demi-bains, des lavements émollients et anodins ; s'il est très-irritable, on joint à ces moyens une potion antispasmodique, dans laquelle on fait entrer vingt-cinq ou trente gouttes de teinture d'opium, et dont on donne une cuillerée toutes les deux ou trois heures. Lorsque l'irritation et la douleur causées par la première tentative sont dissipées, on en fait une seconde, une troisième, etc. Les efforts qu'on fait ne sont pas perdus, quand on ne pratique que de fausses routes on avance peu à peu vers la vessie et on finit par y pénétrer. J'ai vu des malades chez lesquels la sonde n'est parvenue jusque dans cet organe qu'au bout d'un mois, par des essais méthodiques et souvent répétés.

» Lorsque la sonde est arrivée dans la vessie, et qu'on l'a enfoncée assez avant, on la fixe de la manière que nous avons indiquée en parlant du cathétérisme. La sonde doit rester en place pendant deux, trois ou quatre jours, plus ou moins, selon la difficulté qu'on a éprouvée à la faire pénétrer et le degré de mobilité dont elle jouit dans l'urètre. Dans les premières vingt-quatre heures, la sonde est tellement serrée par le rétrécissement à travers lequel elle s'est frayé une route, qu'on ne peut lui imprimer aucun mouvement dans le sens de sa longueur ; ensuite cette route s'élargit, la sonde devient mobile, et on peut la mouvoir aisément en la retirant un peu et en l'enfonçant alternativement. Alors on l'ôte et on lui substitue une sonde de gomme élastique un peu moins grosse. Si l'on retirait trop tôt l'algalie d'argent, il serait à craindre que la sonde de gomme élastique ne pût pas être introduite ; si elle restait trop long-temps en place, sa présence pourrait causer des accidents, et notamment l'inflammation et même la gangrène de la partie inférieure de l'urètre, dans l'endroit où ce canal correspond à la partie antérieure du scrotum. Ce dernier accident est surtout à craindre lorsqu'on baisse trop le pavillon de la sonde, parce qu'alors l'instrument exerce une forte pression sur cette partie de l'urètre. C'est pourquoi on ne doit baisser le pavillon de la sonde qu'autant qu'il est nécessaire pour que son bec n'abandonne pas la vessie et que l'urine puisse s'écouler librement. » (Boyer, *Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent*, t. IX, p. 237.)

Quand nous avons dit que Boyer avait mis en vogue le cathétérisme avec la sonde conique, nous avons employé une expression inexacte, c'est en pratique qu'il fallait dire. Ce chirurgien l'a en effet beaucoup employé, mais il n'a presque pas eu d'imitateurs. Cette ponction de l'urètre, comme l'appelle M. Vidal de Cassis, est irrégulière, conduite à l'aveugle et laboure le canal d'une manière grave. On peut presque toujours recourir à des procédés aussi efficaces et surtout plus innocents.

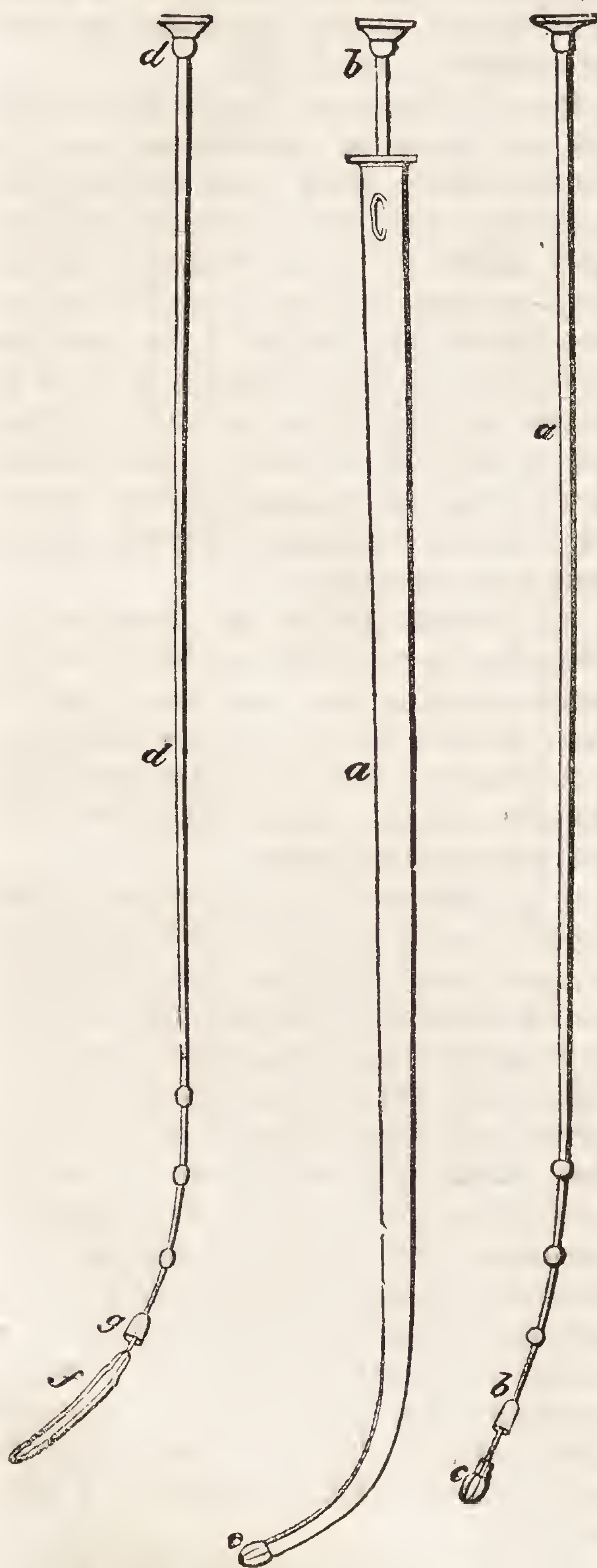
M. Leroy-d'Étiolles, qui admet encore l'emploi du cathétérisme forcé avec la sonde conique, mais seulement dans les cas extrêmes où les moyens ordinaires ont échoué, a modifié l'instrument de la manière suivante (page 314); il en a fait un trois-quarts courbe.

« Ce système de sonde conique à pointe mobile (voyez fig. 46, 47, 48), je l'avais imaginé pour traverser les développements anormaux de la prostate ; or, dans cette opération, la longueur du cône mobile *b* (fig. 46) n'a pas d'inconvénient, parce qu'il arrive dans la vessie distendue, et qu'on le retire pour lui substituer le bouton *c* (fig. 48) avant que l'évacuation de la totalité du liquide, amenant sur la pointe les parois de la poche urinaire, puisse les blesser. Lorsque j'ai affaire à un rétrécissement de l'urètre, la pointe dont je me sers est beaucoup plus courte et disposée comme celle du trois-quarts. » (Leroy-d'Étiolles, *l. cit.*, page 397.)

Brodie, qui ne parle pas du cathétérisme forcé proprement dit, c'est-à-dire de celui qui consiste à frayer une route nouvelle à travers le rétrécissement, ou au moins à élargir violemment la coarcta-

tion, conseille, en cas d'insuccès dans les tentatives de cathétérisme avec les sondes ou les bougies, l'usage des bains prolongés; puis, surtout lorsque le rétrécissement est principalement spasmodique, un purgatif, et, quand l'évacuation des intestins est produite, il prescrit trente à quarante gouttes de teinture d'opium par la bouche, ou un lavement opiacé.

Figures 46, 47, 48,



« Après tout, ajoute l'habile chirurgien anglais, dans le traitement de la rétention d'urine due à un rétrécissement, il n'y a pas de règle absolue, vu que le même moyen ne convient pas à tous les individus. Il sera bien de rappeler le mode particulier de traitement qui a réussi une première fois, pour y avoir recours une seconde, si pour le même malade on est appelé dans les mêmes circonstances. Dans un cas où une sonde ne passera pas, vous pourrez introduire une corde à boyau, et dans une autre le contraire aura lieu : tel individu est soulagé par l'opium, tel autre par un bain chaud. J'ai connu un gentilhomme qui était sujet à des attaques de ce genre, et dont les urines commençaient presque toujours à couler immédiatement après qu'il avait pris une pinte d'eau chaude en lavement; et j'ai l'habitude de rapporter le cas suivant pour prouver combien il est nécessaire de varier le traitement : Un gentilhomme qui avait habité des climats chauds était atteint d'un ancien rétrécissement qu'à des époques régulières il franchissait lui-même avec une bougie, ce qu'il fit pendant longtemps, n'éprouvant que peu ou point d'inconvénients dans son infirmité. Une nuit, cependant, il fut pris de rétention d'urine et me fit appeler : j'introduisis une sonde de gomme élastique, qui pénétra avec une grande facilité et donna issue à l'urine. Il me fit appeler ainsi pendant trois nuits, et, dans la quatrième, je fus appelé deux fois; je remarquai enfin que c'était de deux nuits l'une. En y réfléchissant, j'observai que l'attaque paraissait régulièrement vers minuit, et que, malgré la présence de la sonde dans la vessie, le spasme ne cédait, au point de lui permettre d'uriner par ses propres efforts, que vers cinq ou six heures du matin. Je me décidai alors à suivre dans ce cas le même traitement que dans les maladies intermittentes et périodiques, et je lui prescrivis le sulfate de quinine. La nuit qui suivit son administration, il eut encore une attaque; mais elles ne se reproduisirent plus par la suite. » (Brodie, *Leçons sur les maladies des organes urinaires*, p. 69.)

Il faut, sans doute, tenir un grand compte des accès de fièvre intermittente qui se développent sous l'influence des affections de l'urètre; mais il est extrêmement important de ne pas s'en laisser

imposer par un accès de fièvre intermittente pernicieuse portant sur les voies urinaires et compliquant, par une simple coïncidence, un rétrécissement du canal de l'urètre. » (V. *Gazette des hôpitaux*, mai 1845.)

Jusqu'ici on n'a combattu la rétention d'urine qu'en attaquant par l'urètre l'obstacle qui s'oppose à l'écoulement du liquide ; il reste une dernière méthode qui consiste à frayer une voie à l'urine en arrière du rétrécissement, auquel on ne touche pas ; dans cette méthode, on ouvre une boutonnière à l'urètre, derrière l'obstacle, ou bien on ponctionne la vessie.

M. Vidal de Cassis a mis en lumière les avantages de la boutonnière, et les chirurgiens commencent à se rendre à ses raisons.

« Selon moi, on dédaigne trop la boutonnière ; on lui attribue des difficultés, des dangers exagérés. Selon moi encore, cette opération se popularisera à mesure que l'anatomie du périnée sera plus vulgarisée ; car alors, si la sonde conductrice, dirigée par le rétrécissement, ne parvient pas jusqu'à la partie de l'urètre qui doit être ouverte, on saura la découvrir. Pour cela l'anatomie est le meilleur des conducteurs. Les rétrécissements se trouvent presque toujours au commencement de la portion membraneuse, c'est donc elle qu'il faut ouvrir ; or, il n'est pas très-difficile de la trouver à la chute du bulbe et en se dirigeant sur le raphé, absolument comme si on voulait faire une taille médiane. L'opérateur va bien à la recherche d'une artère, guidé seulement par l'anatomie ; pourquoi le même guide ne conduirait-il pas aussi sûrement quand il lui faut trouver la portion membraneuse de l'urètre, dont la position varie moins que celle d'une artère ? Si l'état pathologique opère un changement dans cette partie de l'urètre, il est favorable à l'opérateur ; car c'est une dilatation qui a lieu, ce qui rend cette partie du canal plus facile à trouver et à ouvrir. Les dangers de cette opération ne sont pas comparables à ceux du cathétérisme forcé, à ceux de la ponction de la vessie. Tout se passe dans l'épaisseur du périnée ; on est encore loin de l'aponévrose profonde, et, par conséquent, du péritoine. C'est une opération qui n'a pas lieu dans le bassin, mais dans ses parois. D'ailleurs, on ne recule pas de faire la boutonnière comme moyen accessoire, on la fait pour compléter la taille hypogastrique, et dernièrement M. Ricord l'a pratiquée pour détourner l'urine, afin de l'empêcher de venir compromettre la réussite d'une autoplastie qu'il a pratiquée sur la partie de l'urètre qui est antérieure aux bourses ; pourquoi ne la ferait-on pas comme opération d'urgence ?

» La boutonnière place l'urètre de l'homme dans les conditions de celui de la femme pour le cathétérisme : on a à franchir un espace limité ; et si la prostate n'est pas malade, on le fait facilement. Je dirai dans le prochain chapitre ce qu'il y aurait à faire si on trouvait des tumeurs de cette glande. Quand il n'y a que rétrécissement de l'urètre on peut chercher à le traverser d'arrière en avant avec un stylet, une sonde, une bougie ; on va alors à la rencontre d'un instrument de même nature qui serait introduit dans l'urètre par le gland. Ces instruments, dans le plus grand nombre de cas, se toucheraient, se serviraient mutuellement de conducteurs, ou bien ils aideraient puissamment à reconnaître l'étendue, l'épaisseur du rétrécissement, et à diriger des moyens contre eux. » (Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, t. v, p. 360.)

Nous reviendrons sur la ponction de la vessie à l'occasion de la rétention d'urine en général, nous ne pouvons donc pas y insister en ce moment ; mais nous devons reproduire ici les indications respectives de la boutonnière et de diverses ponctions, telles que Brodie les a tracées.

« Je n'ai pas l'intention de faire dans ce moment une histoire détaillée de chacune de ces opérations ; mais je vous soumettrai toutefois quelques observations qui leur sont relatives. Vous pouvez en préférer une à une autre, mais vous ne pouvez pas, en pratique, en adopter une exclusivement. Votre choix doit être déterminé par les circonstances particu-

lières que chaque cas présente. Si le malade est maigre, et que la vessie soit très-distendue, vous ponctionnerez au-dessus du pubis; mais s'il a de l'embonpoint cette opération deviendra difficile, et sera impraticable si la vessie est contractée. Si cet organe est très-distendu, la prostate conservant son volume normal, vous pourrez le ponctionner par le rectum; mais si la distension est peu considérable, et que cette glande soit hypertrophiée, ce procédé sera à la fois difficile et dangereux. La ponction de la vessie par le périnée est une opération si sérieuse et si grave à cause de l'infiltration d'urine dans le tissu cellulaire, qu'aucun chirurgien de nos jours, que je sache, ne s'est hasardé à la recommander. L'ouverture de l'urètre par le périnée chez les personnes maigres, quand les parties qui doivent être divisées ne sont pas altérées dans leur texture, est une opération assez simple et sujette à peu d'objections. Un cathéter, introduit dans l'urètre, indique le siége du rétrécissement. La portion membraneuse de ce canal se trouve en arrière de la coarctation et au-dessous de la symphyse pubienne, et le point précis où il doit être ouvert est indiqué par la saillie qu'il fait lorsque le malade fait des efforts pour uriner. Mais il peut arriver que l'on ait affaire à une personne grasse et dont le périnée soit profond; que les parties voisines aient une dureté cartilagineuse; que cette région ait été antérieurement le siége d'abcès et de trajets fistuleux, et que ces trajets existent dans le moment actuel; circonstances qui suffiront pour rendre l'opération embarrassante et difficile, même pour le meilleur anatomiste. En résumé, d'après ma propre expérience sur ce point, je suis porté à croire que la ponction de la vessie par le rectum est applicable à un plus grand nombre de cas que toute autre opération.

» Dans les cas ordinaires cette opération est dépourvue de douleur et de danger, et présente l'avantage de la simplicité. Après avoir retiré le trois-quarts, la canule doit rester en place pendant un ou deux jours; à cette époque les bords de la plaie sont cicatrisés, et elle pourra persister à l'état de fistule jusqu'à ce que le rétrécissement soit guéri. Du moins ceci m'est arrivé une fois, et j'ai pu ainsi guérir un des cas les plus désespérants de rétrécissement que j'aie jamais eu à traiter : c'était chez un gentilhomme d'âge moyen, qui en souffrait depuis son enfance. L'usage de la bougie donna lieu à la sécrétion d'un mucus si épais et si abondant, que l'urètre en était rempli, et que sa présence devenait un obstacle mécanique au passage de l'urine. Elle alla même au point de déterminer une obstruction complète et une rétention absolue. Ce fut dans un accès de rétention que je ponctionnai la vessie par le rectum, dont la blessure, comme je l'ai dit, resta fistuleuse. Toutes les fois que la coarctation se resserrait, la vessie se vidait par le trajet fistuleux et l'urine sortait par le rectum. La sécrétion du mucus cessa, et la rétention ne se reproduisit pas. On put dès lors tenter sur l'urètre les opérations nécessaires, et la dilatation fut facilement obtenue.

» Il est impossible de poser aucune règle générale, pour préciser le moment au delà duquel il ne faut pas attendre pour pratiquer la ponction de la vessie. Vous devez exercer votre jugement, en prenant en considération toutes les circonstances du cas particulier que vous observez. C'est ainsi qu'en diverses circonstances il vous sera possible de la retarder pendant trois ou quatre jours, tandis qu'en d'autres vous devez y avoir recours dans l'espace de trente-six heures, et même plus tôt.

» En somme, quelque nécessaire qu'elle paraisse être au salut du malade dans certains cas, c'est cependant une opération qui est rarement indiquée. Les chirurgiens, qui auront occasion de voir beaucoup de maladies des organes urinaires, pourront peut-être, dans le courant de leur vie médicale, être quelquefois, mais rarement, appelés à la pratiquer; ceux qui y ont fréquemment recours doivent la faire souvent sans nécessité, c'est du moins ce que ma propre expérience me porterait à croire. » (Brodie, *Leçons sur les maladies des organes génito-urinaires*, p. 71.)

En effet les hommes les plus habiles

n'y ont presque jamais recours; Desault ne l'a pratiquée qu'une seule fois, et M. Lallemand jamais; et nous-même, pendant une fréquentation longue et assidue des hôpitaux de Paris, nous ne l'avons jamais vu faire.

La ponction vésicale que Brodie recommande le plus, celle par le rectum, peut être rendue impossible ou dangereuse par le développement exagéré de la prostate. Celle par l'hypogastre, bien que le plus souvent innocente, comme le disent Boyer, MM. Chélius, Civiale, Viguerie, peut être rendue difficile et chanceuse par l'embonpoint du sujet, et malgré l'emploi d'une canule à demeure et de toutes les précautions, elle n'est pas toujours exempte du danger d'une infiltration d'urine mortelle, ainsi qu'on en a récemment publié un exemple. En somme, nous nous rangeons sans restriction à l'opinion de M. Vidal de Cassis, nous préférons la boutonnière, à moins que la graisse, l'infiltration ou la désorganisation du périnée ne la rendent impraticable. Ajoutons que M. Kaula l'a vu faire six ou sept fois sans aucun accident. (*Clinique* de M. Lallemand, pag. 75.)

L'évacuation de la vessie, outre le soulagement instantané qu'elle procure, et le danger de la rétention qu'elle conjure, amène un relâchement dans le rétrécissement, et il arrive qu'il reçoit facilement l'instrument qu'il refusait auparavant. Sanson insistait beaucoup sur ce point, et c'était avec raison. Brodie et presque tous les chirurgiens parlent dans le même sens.

Une fois que la rétention a cessé, on attaque le rétrécissement comme on fait dans les cas sans rétention. Puis, dès que l'urètre est ramené à son calibre normal, on y place une sonde à demeure, qui a le double avantage de maintenir la dilatation et de rappeler les urines par leur canal naturel, sans que leur passage dans la boutonnière s'oppose à sa cicatrisation. Après la guérison du rétrécissement on s'occupe aussi de celle de la fistule artificielle qu'on avait établie non pour le guérir, mais pour mettre fin à l'un de ses accidents les plus redoutables : la rétention d'urine.

Quant au traitement des complications, la première qui se présente est évidemment la suivante.

Il est un cas où la cause des rétrécissements est une véritable complication; nous voulons parler des rétrécissements traumatiques, presque toujours plus longs, plus durs et plus sujets à la récidive que les autres : ajoutons encore qu'ils exposent davantage à une oblitération complète du canal, et aux accidents qui peuvent en être la suite.

Les mêmes moyens de traitement, appliqués aux autres rétrécissements, conviennent en général à ceux de cause traumatique; seulement ils doivent être employés avec plus de persévérance et d'énergie.

Est-ce un rétrécissement en anneau, en diaphragme ou en croissant, qui siége à l'entrée du gland, on débride avec un bistouri droit à lame étroite et boutonnée de cire, ou avec un urétrotome fait sur le modèle du lithotome de frère Côme; puis, par une sonde à demeure, on force le canal à conserver, en se cicatrisant, ses dimensions normales.

Située plus profondément, la coarctation traumatique s'attaquerait par la dilatation; mais par la dilatation soutenue, et quelquefois essayée dans tous ses modes d'application. L'exemple suivant montre avec quelle persévérance on y doit procéder.

Obs. 28. « *Chute sur le périnée, rétention d'urine. — Rétrécissement consécutif, sonde à demeure pendant cinq mois dans le canal. — Dilatation permanente.*

« Pidal (Antoine), de Grandrieux (Gard), cultivateur, âgé de quarante-trois ans, d'une constitution robuste et sanguine, est entré à l'hôpital Saint-Éloi le 28 mai 1843. Au mois d'août 1841, il est tombé de la hauteur de 3 mètres sur une échelle, les jambes écartées, de manière que tout le poids de son corps porta sur le périnée; la peau ne fut pas entamée, mais il se forma dans ce point une vaste ecchymose avec gonflement considérable des parties : il en résulta une rétention d'urine complète pendant vingt-quatre heures. Une sonde arriva facilement jusqu'à la vessie et laissa s'écouler une urine

sanguinolente ; deux jours après, l'instrument fut retiré à cause de la douleur qu'il provoquait. (Saignée, cataplasmes émollients au périnée. Soulagement.)

» Bientôt le jet de l'urine devint mince et bifurqué, l'excrétion fréquente et peu abondante ; on revint aux sondes ; le cathétérisme fut répété tous les huit ou dix jours ; dans l'intervalle la vessie ne se vidait que par regorgement.

» Au mois de décembre 1842, les accidents augmentèrent en même temps que les difficultés d'arriver à la vessie ; une sonde fut laissée à demeure, et, si l'on doit ajouter foi au récit toujours identique du malade, il la gardait, sans la retirer, jusqu'à son arrivée à l'hôpital ; il l'a portée depuis trois mois, lorsque, à la suite d'excès de table, il ressentit dans cette partie de vives douleurs, et ne put vider sa vessie ; il voulut retirer la sonde dont le poids lui paraissait insupportable, mais ses efforts furent inutiles ; à cette époque des douleurs apparurent dans la région hypogastrique ; le repos, un bain et quelques cataplasmes rétablirent l'émission des urines ; mais dès lors elles passèrent constamment entre la sonde et le canal ; néanmoins, redoutant de nouveaux accidents, le malade vint à Saint-Éloi le 28 mai 1843.

» A son arrivée, on cherche en vain à retirer la sonde ; on ne peut y parvenir qu'à la suite d'un bain prolongé ; son calibre est du n° 8 ; elle est entièrement oblitérée par des concrétions calcaires, qui forment à l'extérieur des incrustations dans les deux tiers de sa longueur ; elle est déformée et présente l'aspect d'une cristallisation. Au niveau de la portion membraneuse de l'urètre, le doigt sent, à travers les téguments, une tumeur très-dure, mais indolente, dans l'étendue de 25 millimètres environ ; c'est en ce point que le cathétérisme a toujours rencontré de la difficulté. (Bains, cataplasmes émollients.)

» Le 29, impossibilité de pénétrer dans la vessie avec une sonde ; contractions spasmodiques du canal, douleur excessive (sangsues au périnée ; cataplasmes émollients, bains). Les urines, qui s'écoulent en filet très-mince, sont sanguinolentes.

» Le 30, introduction d'une sonde n° 2, après de longues tentatives ; elle est laissée à demeure (catapl.). Fièvre, douleurs excessives dans le canal pendant toute la journée.

» La dilatation rapide est néanmoins continuée, et le 2 juin on arrive au n° 12. Cette sonde, d'un fort calibre, est introduite chaque jour et gardée pendant quelques heures.

» Le 7 juin, le malade est laissé sans sonde ; il urine avec facilité et à plein canal.

» Le 10, Pidal, depuis trois jours sans sonde, remarque que le jet n'est pas plus volumineux que lors de son arrivée. Cependant une sonde n° 9 pénètre facilement dans la vessie ; et en deux jours on arrive de nouveau au n° 12, dont l'emploi est continué pendant dix jours, en diminuant le séjour de la sonde dans le canal jusqu'à ne la laisser en place que pendant trois heures.

» Le 20, la sonde est mise de côté pendant quatre jours ; quand on veut l'introduire de nouveau on est obligé de revenir au n° 5.

» Le 30, complication d'érysipèle. Cette maladie, en ce moment épidémique dans les salles de chirurgie, est enrayée promptement ; mais, dès qu'il est rétabli, Pidal quitte l'hôpital, découragé de voir le rétrécissement se reproduire avec une si grande facilité.

» On lui recommanda de passer chaque jour une sonde dans le canal, et de la laisser en place pendant quelques heures.

» Cet exemple suffit pour montrer combien les rétrécissements avec perte de substance sont difficiles à guérir, surtout lorsque la cicatrice est formée depuis long-temps. Après avoir obtenu l'extension la plus considérable du tissu nouveau, il faut bien se garder de renoncer à la dilatation : car la cicatrice, en raison de sa propriété rétractile, ne tarde pas à revenir sur elle-même, avec une énergie proportionnée à l'étendue de la destruction ; ce n'est qu'à force de persévérance, quelquefois même après plusieurs années de l'emploi des sondes, qu'on

parvient à débarrasser les malades de ces rétrécissements traumatiques.

» Chez Pidal, une imprudence presque incroyable a été commise, sinon par le médecin, qui peut-être n'a pas été consulté, au moins par le malade. La sonde, laissée pendant si long-temps sans être renouvelée, aurait pu se casser, ou s'incruster de sels urineux de manière à ne pouvoir plus être retirée, ce qui aurait rendu la lithotomie nécessaire ; ou bien encore le contact prolongé de l'instrument contre les parois de la vessie, aurait pu déterminer une cystite chronique ou une perforation de la vessie. Si ces accidents n'ont pas eu lieu, c'est que probablement une très-petite portion de la sonde avait seule pénétré dans la cavité vésicale. » (Lallemand, *Clinique médico-chirurgicale*, 1re part., p. 113.)

Si la dilatation seule échoue, on a recours à la scarification suivie de la dilatation comme auxiliaire indispensable.

Dans des cas où le rétrécissement traumatique était porté jusqu'à l'oblitération, on a incisé le rétrécissement comme par une sorte de boutonnière qui joignait l'une à l'autre les portions de l'urètre antérieure et postérieure à la coarctation; puis, sur une sonde introduite dans le canal et qui passant par la gouttière représentant le rétrécissement fendu, se rendait dans la vessie, on a réuni, par des points de suture, les deux lèvres de la boutonnière. Arnott et sir Earle, en Angleterre ; Ecktrom, en Allemagne ; Jameson, en Amérique, etc., on fait ces tentatives avec des résultats divers. Dans un cas l'opération réussit complétement entre les mains de M. Lallemand. Avant de rapporter ce fait intéressant, rappelons qu'ainsi que le fait observer M. Vidal de Cassis pour l'opération de la boutonnière l'anatomie peut être ici un guide assez sûr pour le chirurgien. Pour tomber dans le trajet de l'urètre, il suffit de savoir qu'il est placé juste sur la ligne médiane. D'ailleurs, une sonde ou une bougie introduite dans le canal jusqu'à la coarctation est d'un grand secours ; de là, en se tenant bien sur la ligne moyenne, sur le raphé, il est difficile qu'on ne tombe pas sur l'obstacle et qu'on n'arrive pas sûrement sur la partie, souvent dilatée, de l'urètre qui est en arrière.

Obs. 29. « *Calcul vésical volumineux ; deux séances de lithotritie; le calcul est pris et broyé en un grand nombre de fragments* ; un d'eux s'engage dans l'urètre et ne peut être déplacé. — *Taille latérale, extraction de tous les fragments et de celui engagé.* — Ulcération et oblitération de l'urètre par ce fragment, *urétrotomie et urétroplastie.*

» Carle (Auguste), âgé de vingt-six ans, d'une intelligence très-médiocre, tailleur, de Saint-Hippolyte (Gard), entra le 2 mars à Saint-Eloi pour se faire opérer d'une pierre vésicale qu'il portait depuis plusieurs années. Cet homme était d'un caractère lâche, et criait très-fort à la moindre douleur.

» On l'a sondé, dit-il, il y a un an, sans qu'on ait pu reconnaître l'existence de la pierre.

» Son frère fut opéré à l'âge de deux ans (il y a trente-deux ans).

» Le 3 mars on pratique la lithotritie après s'être assuré de l'existence du calcul, qui a trois pouces environ dans un de ses diamètres. Il est saisi et écrasé avec la plus grande facilité. On réitère quatre fois le broiement dans la même séance. *Le malade crie beaucoup pendant l'opération, mais ses cris et ses contorsions ne sont pas évidemment en rapport avec les douleurs qu'il endure.*

Les 4, 5, 6 mars, *le malade est sans fièvre* et la vessie est soulagée ; les urines sont d'abord sanguinolentes, elles charrient ensuite une grande quantité de poussière de calcul.

» Le 6, vers la fin du jour, de petits calculs grisâtres s'échappent du canal en grande quantité.

» Les 7 et 8, les fragments que rend le malade sont plus volumineux ; il souffre dans le canal et surtout à la fosse naviculaire. Deux fragments considérables sont extraits successivement avec la curette de M. Leroy-d'Étiolles.

» Le 9, on fait une nouvelle séance de lithotritie : plusieurs fragments ont saisis et broyés.

» Les 10, 11, 12, 13, il rend de nou-

veaux fragments. Quelques-uns sont retirés au moyen de la curette. Il se trouve soulagé et dort.

» Les 14, 15, 16, un gros fragment s'engage dans la courbure du canal et semble fixé dans ce point d'une manière inébranlable ; une sonde introduite ne peut le déplacer, elle arrive même dans la vessie sans que le fragment change de position. La curette ne peut pas l'entraîner. On dirait qu'il est fixé par des aspérités qui le retiennent dans tous les sens.

» Le corps étranger, ainsi placé, empêchant la sortie des autres divisions de la pierre, dont un très-grand nombre sont accumulées derrière lui, et rendant presque impossible le passage des urines et celui du lithotriteur, M. Lallemand se détermine à pratiquer immédiatement l'opération de la taille par le périnée. Elle est exécutée comme dans la méthode latérale, et permet d'extraire une quantité considérable de fragments qu'on peut évaluer à cinq onces au moins. On détache avec peine celui qui a nécessité l'opération, il est placé très-haut au-dessous et en arrière du pubis. On lave ensuite la vessie ; mais on s'aperçoit bientôt que la plaie donne du sang en abondance, et l'on est obligé de cautériser, séance tenante, avec le fer rouge.

» Le 17, pouls fréquent et relevé, soif intense, ardeur dans la vessie (potion avec le sirop de diacode et la thridace).

» Le 18, le malade est mieux ; pouls plus calme ; soif modérée ; le sommeil a été doux et tranquille. La vessie et le ventre ne sont plus douloureux.

» Du 19 au 30 mars, Carle est bien. La plaie du périnée se cicatrise rapidement. On introduit une sonde pour favoriser la sortie des urines.

» Du 1er au 15 avril, la plaie va se cicatrisant rapidement et, le 16, elle est réduite à une fistule très-étroite ; mais les urines passent toujours, presque en totalité, par la fistule, depuis que la sonde a été retirée du canal.

» Du 17 au 30 avril, on constate un rétrécissement considérable de l'urètre au point où avait été fixé le fragment de calcul. Les plus petites sondes ne peuvent pas le traverser. Une corde à boyau, qui avait passé en apparence, revient, après être restée quelque temps à demeure, avec son extrémité froncée.

» Les urines continuent à sortir en totalité par la fistule ; et il est désormais impossible de faire pénétrer une sonde par le canal jusque dans la vessie.

» Les 1er, 2, 3 mai, on tente encore le cathétérisme, à deux reprises, sans pouvoir traverser le rétrécissement.

» Le 4, on se décide à l'inciser et à faire l'urétroplastie. A cette fin, le malade étant placé comme pour l'opération de la taille, M. Lallemand incise verticalement, dans la direction d'une ligne cartilagineuse qui indique le rétrécissement, depuis trois pouces au-dessous du méat urinaire jusqu'à la courbure de l'urètre entre les bourses.

» Quoique le canal eût été indiqué par une sonde en argent introduite préalablement jusqu'au rétrécissement, l'opérateur n'arrive qu'avec peine à retrouver le point où la lésion existe. Il y parvient cependant, après des recherches minutieuses, et reconnaît que l'urètre est complétement oblitéré dans l'étendue d'un pouce environ.

» Le tissu fibreux qui remplace le canal est incisé, et on ouvre inférieurement la portion de ce conduit qui tient à la vessie pour vider cet organe. Une sonde en gomme élastique est mise à demeure dans toute l'étendue du canal, et huit points de suture sont appliqués aux téguments et aux tissus sous-jacents dans la direction de la plaie extérieure.

» Les 5, 6, 7 mai, il est survenu un peu de fièvre ; la verge s'est tuméfiée. Mais ces accidents cèdent bientôt peu à peu.

« Le 8, le gonflement a tout à fait disparu ; le malade est bien. On lui accorde des aliments (le quart).

» Du 9 au 28 mai, la cicatrisation s'est opérée avec une très-grande rapidité sur la sonde que l'on a renouvelée. Le 28, il ne reste plus qu'un petit pertuis par lequel suinte du pus de bonne nature.

» L'observation de Carle est semée de détails du plus haut intérêt, mais nous ne devons nous arrêter qu'à ceux qui se rapportent directement à notre sujet.

» C'est certainement là un des faits les plus graves parmi les rétrécissements traumatiques de l'urètre. Un fragment de calcul irrégulier, tranchant, s'est avancé dans la portion membraneuse et a déchiré le canal dans près d'un pouce d'étendue; le calcul extrait, toute la partie déchirée s'est réunie, et les urines n'ont plus coulé que par la plaie du périnée.

» C'était une belle et grande entreprise chirurgicale que d'aller, immédiatement après les opérations précédentes, à la recherche de la portion oblitérée, pour l'inciser et la réunir aux deux bouts séparés de l'urètre afin d'en rétablir la continuité. M. Lallemand a tenté cette opération, les résultats ont justifié ses espérances.

» Ce succès, toutefois, laisse bien quelque chose à désirer. Le malade, naturellement très-indocile, est sorti trop tôt de l'hôpital; et il a été impossible de constater si le calibre du canal se maintenait convenablement après l'enlèvement de la sonde. Il n'est pas douteux qu'il n'eût fallu la laisser plus long-temps à demeure; et, comme chez Gasquet, on aurait rétabli sûrement les fonctions du canal. » (J. Franc, *Sur les rétrécissements de l'urètre par cause traumatique*, *et sur leur traitement*, p. 95.)

Au lieu de l'incision du rétrécissement on en a pratiqué la ponction par un procédé qui nous semble aussi efficace qu'ingénieux. Il consiste à ouvrir l'urètre derrière la coarctation, et à introduire dans l'urètre une canule qui remonte d'arrière en avant jusqu'au rétrécissement, contre la partie postérieure duquel elle s'appuie; à introduire ensuite une autre canule par le méat, canule qui atteint l'extrémité antérieure du rétrécissement; puis, quand les extrémités correspondantes des canules sont dans la ligne de l'urètre, on introduit un trois-quarts dans la canule antérieure, et l'on perfore ainsi le rétrécissement. On enlève les canules, on les remplace par une sonde à demeure sur laquelle on fait la suture de la boutonnière. Les faits qui recommandent ce procédé à l'attention des praticiens ne sont pas encore suffisamment nombreux pour le faire définitivement juger, mais il est impossible de nier qu'il mérite d'être essayé. Pour notre compte, nous ne doutons pas qu'employé avec discernement il ne donne d'heureux résultats.

Parmi les *complications* qu'on peut avoir à combattre, une des plus graves est la présence d'un ou de plusieurs calculs dans ou derrière le rétrécissement. Charles Bell cite le cas d'un homme qui souffrait depuis long-temps par suite d'un rétrécissement urétral derrière lequel existait un calcul; plusieurs moyens furent employés sans succès, et le malade mourut. M. Civiale a rencontré plusieurs cas semblables; il fallait, pour arriver au calcul, vaincre plusieurs rétrécissements, et plusieurs fois le malade a péri malgré tous les efforts tentés pour le sauver.

« Les faits, en se multipliant sous mes yeux, m'ont appris qu'il importe alors de recourir à une pratique beaucoup plus prompte et plus hardie que celle qui est généralement suivie. En pareille circonstance il ne faut point hésiter à forcer l'obstacle, et, si l'on n'y réussit pas, à pratiquer la boutonnière. C'est le seul moyen de sauver le malade. Les difficultés ne doivent pas arrêter en présence d'une mort inévitable. Mais je répète qu'avant de recourir à l'incision du périnée, il faut tenter de forcer le rétrécissement au moyen d'une sonde; si l'on réussit, le calcul peut être repoussé, le danger n'est plus aussi imminent, et l'on a le temps de réfléchir sur le parti qu'il reste à prendre. Ici la conduite du praticien est tracée par la nature des symptômes, la marche des accidents, les résultats qu'il obtient et l'appréciation des désordres existants dans la partie du canal située derrière le rétrécissement, et sur lesquels je ne reviendrai pas ici, m'étant occupé de ce sujet dans un autre ouvrage. Les explorations par le rectum sont alors d'un grand secours; car, en rapprochant les données qu'elles fournissent des notions tirées d'autres sources, on parvient à établir un diagnostic rigoureux. Le siége du rétrécissement et, par suite, le point où le calcul s'est arrêté, doivent aussi être pris en considération. Dans le cas cité par Charles

Bell, la coarctation était à trois pouces du méat urinaire ; dans les circonstances du même genre, et toutes les fois que la pierre a franchi la courbure, on a d'autant moins de peine à introduire une petite sonde, que l'on peut faire choix d'un instrument droit et plus délié. » (Civiale, *Traité sur les maladies des organes génito-urinaires*, 1re part., p. 405.)

Quand la nature du rétrécissement et celle des accidents permettent de tenter la dilatation, on doit y procéder, et, une fois qu'elle est opérée, faire l'extraction du calcul avec un instrument qui, en même temps qu'il débarrassera l'urètre de la concrétion, élargira la coarctation. Dans l'observation suivante, l'instrument était fondé sur le même principe que la pince à trois branches, qui s'introduisait fermée et s'ouvrait devant le calcul et dans le rétrécissement.

Obs. 30. « M. L..., de Manchester, adulte, d'une constitution faible et épuisée par les souffrances, vint à Paris, le 30 juin 1836, pour se soumettre aux procédés de la lithotritie. Depuis longtemps il éprouvait des difficultés d'uriner causées par un rétrécissement urétral, contre lequel rien de particulier ne fut d'abord entrepris. Ces difficultés finirent par augmenter, et il s'y joignit des douleurs locales, avec quelques symptômes généraux, fébriles et nerveux, contre lesquels on prescrivit sans succès divers moyens appartenant à la médecine interne. Le malade, qui voyait ses forces diminuer, l'appétit et le sommeil se perdre de plus en plus, vint à Paris, après avoir subi dans sa patrie quelques tentatives d'explorations locales, qui n'amenèrent aucun résultat. Je m'assurai qu'il existait un rétrécissement considérable à la courbure du canal, et, derrière ce point, une tumeur d'un petit volume, mais fort dure et tellement sensible au toucher qu'on ne pouvait exercer sur elle, soit par le périnée, soit par le rectum, qu'une pression très-légère : cependant il n'en fallait pas davantage pour faire entendre une sorte de crépitation, qui ne pouvait résulter que du frottement de plusieurs calculs les uns contre les autres. Une très-petite bougie, ayant traversé le rétrécissement, rapporta, près de son extrémité, une de ces empreintes propres aux calculs, qui diffèrent de celles auxquelles donne lieu le contact de la bougie avec les tissus organisés. Le malade avait d'ailleurs une incontinence d'urine et de la fièvre, avec perte d'appétit et de sommeil, tant par les progrès de l'affection que par les fatigues du voyage. Je cherchai d'abord à calmer les symptômes généraux par un traitement approprié ; après quoi je procédai à la dilatation du rétrécissement. Les premières bougies produisirent de l'effet ; mais bientôt la résistance du point rétréci fut telle que les bougies de cire n'offraient pas assez de solidité : j'eus recours à celles de gomme élastique, et ensuite à un dilatateur analogue à celui dont j'ai fait usage chez l'un des malades cités dans ma troisième lettre, mais plus simple. L'instrument était introduit fermé ; je l'ouvrais ensuite, et la dilatation s'opérait ; je la graduai d'après les sensations du malade. Lorsque cessait cette dilatation, les deux branches de l'instrument, en se rapprochant, écrasaient et presque toujours ramenaient au dehors quelques faibles portions de calcul. Je ne procédai point autrement à l'extraction de ces derniers, qui devint d'autant plus facile que la dilatation fit plus de progrès. Ainsi le même instrument me servait à opérer la dilatation, puis à écraser et à extraire les corps étrangers. Ceux-ci étaient peu volumineux, d'une faible consistance, mais très-multipliés, de nature calcaire, et recouverts d'une couche légèrement jaune, avec de petites surfaces lisses, très-polies et luisantes. A partir des premiers jours du traitement local, l'amélioration fut progressive, et à peine quelques mouvements de réaction vinrent-ils l'interrompre. Après l'extraction des premiers calculs, qui se présentaient d'eux-mêmes dans le canal, je continuai la dilatation du rétrécissement ; et pour éviter les distensions brusques, qui étaient quelquefois suivies d'une traction considérable, j'eus recours aux sondes à demeure. Les premières causèrent de la douleur au malade, qui finit par s'y accoutumer. Au bout de quinze

jours je revins aux bougies, afin de conserver ce qui avait été acquis par les sondes.

» La première, du n° 11, fut suivie d'accidents nerveux, qui ne cessèrent qu'au bout de deux heures; mais il n'y eut pas de réaction fébrile le soir, et le lendemain le malade se trouva très-bien. La seconde et la troisième introductions furent moins douloureuses, et le mieux se consolida. Dans la nuit du quatrième jour, dix-huit heures après l'introduction de la dernière bougie, le malade fut saisi tout à coup d'un accès de fièvre fort intense, qui dura plusieurs jours, et s'accompagna d'un grand ébranlement du système nerveux et d'un trouble notable des fonctions digestives. Quelques jours de repos et un traitement approprié suffirent pour faire cesser cette excitation générale, et bientôt le traitement local put être repris. En retirant la première bougie, je remarquai qu'elle avait été rayée par un calcul, auquel la marque indiquait pour siége la partie inférieure et postérieure de l'urètre, près de la prostate, et du côté gauche. Une seconde bougie me procura des notions précises sur le point qu'occupait la pierre. J'y portai immédiatement une petite pince; un grand nombre de calculs furent ainsi extraits successivement. Ils étaient logés dans une poche ou excavation urétrale située entre la prostate et le rectum. Quelques-uns avaient assez de volume pour rendre l'extraction difficile et douloureuse, pour obliger même à des tractions considérables, afin de franchir la coarctation. Cependant ces tractions avaient aussi un autre but, celui de terminer la dilatation du point rétréci, manière de dilater qui n'est ni la moins efficace ni la moins prompte, mais qu'on doit avoir soin de graduer d'après les effets qu'elle produit. Ce traitement eut tout le succès qu'on pouvait en attendre. Je retirai, soit de la partie membraneuse de l'urètre, soit de l'excavation qui s'était formée entre la prostate et le rectum, deux cent vingt petits calculs, ayant tous les mêmes caractères chimiques, mais tous différents par leur forme, leurs facettes, leurs inégalités. La vessie ne contenait pas de corps étranger, et tous les phénomènes morbides disparurent dès que les derniers calculs urétraux eurent été extraits. » (Civiale, *Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires*, 1re partie, pag. 404.)

Lorsque le calcul ou le gravier se trouve dans le rétrécissement, si on parvient à le repousser derrière, ou si d'abord il était dans cette dernière situation, la scarification rétrograde, avec l'instrument de M. Leroy-d'Étiolles et celui de M. Mercier, nous semble plus efficace, et plus prompte surtout, ce qui est capital ici. En employant un scarificateur très-délié, on parviendra souvent, et même sans dilatation préalable, à élargir l'obstacle, à extraire le calcul entier ou broyé, et ensuite à rendre permanente la dilatation qu'on a obtenue.

L'induration des parois urétrales au voisinage ou loin du rétrécissement peut amener un sérieux embarras dans le traitement, et force à diversifier souvent beaucoup plus les moyens qu'on emploie. Les bougies de cire sont inefficaces dans ces cas; elles ne sont pas assez résistantes. La dilatation temporaire, quel que soit le procédé qu'on mette en usage, échoue bien des fois. Ce sont de ces cas rebelles où le chirurgien a besoin de toutes ses ressources et de toute sa patience, dernière qualité qui alors n'est pas moins indispensable à son malade. Nous citerons de cette complication un exemple remarquable sous plus d'un rapport, et qui peut servir de guide dans ces circonstances difficiles.

Obs. 31. « M. B..., adulte, d'une forte constitution, à la suite de plusieurs blennorrhagies, éprouva des difficultés d'uriner, produites par un rétrécissement long, situé à la courbure de l'urètre, et compliqué d'indurations des parties voisines, circonstances qui m'avaient fait craindre que la dilatation temporaire ne fût insuffisante. Les premières bougies procurèrent une amélioration qui ne se soutint pas; le malade se découragea et renonça à tout traitement. Quelque temps après, les difficultés d'uriner reparurent et augmentèrent au point que la vie devint insupportable. Malgré la répugnance du malade, un traitement par l'emploi des sondes à demeure fut arrêté.

Toutefois, avant de recourir à ce moyen, je conseillai de diminuer la sensibilité de l'urètre par l'introduction de quelques bougies, que M. B... consentit à garder autant que les douleurs ne seraient pas trop vives. Il souffrit moins qu'il ne s'y attendait. La première bougie, après deux heures de séjour, fut retirée pour uriner, et replacée immédiatement après; le lendemain l'urine coulait déjà par un jet plus soutenu et presque sans efforts. A cette bougie on en substitua une plus forte, qui pénétra également sans difficulté jusqu'à la prostate. Le malade la retirait chaque fois qu'il avait besoin d'uriner, et la réintroduisait aussitôt après. Le jour suivant, nouvelle bougie encore plus grosse; amélioration progressive dans l'excrétion de l'urine. Au bout de huit jours, une bougie nº 10 passait aisément; le malade souffrait à peine; il urinait très-bien, et n'éprouvait aucun dérangement dans sa santé. A dater de ce moment, le séjour des bougies fut moins long, et le traitement, bien qu'il eût été interrompu pendant quelques jours par un engorgement du testicule, se serait terminé d'une manière beaucoup plus heureuse qu'on n'eût pu l'espérer, si cette fois encore le malade ne s'était point découragé. C'était lui-même qui introduisait les bougies; mais elles n'arrivaient pas jusqu'à la vessie; la prostate, légèrement tuméfiée, offrait un obstacle que le chirurgien seul aurait pu surmonter à l'aide d'un mandrin; cette manœuvre, qui aurait fatigué le canal, était d'autant plus inutile que sa partie prostatique n'offrait point de rétrécissement. Je ne saurais trop recommander la pratique à laquelle on a eu recours dans ce cas, et qui est souvent préférable à l'usage habituel de la sonde; il faut néanmoins que le malade puisse introduire la bougie : s'il n'en était pas ainsi, au lieu de bougie on se servirait de sondes flexibles qu'on introduirait seulement jusqu'à la partie membraneuse. L'expérience a prouvé, en effet, que, dans beaucoup de cas, au moyen d'un léger effort, l'urine coule par la sonde, sans qu'on soit obligé de retirer celle-ci. C'est contre ces rétrécissements longs et durs qu'il devient nécessaire de recourir aux divers modes de traitement que j'ai passés en revue. Souvent le résultat dépend de circonstances qui paraissent presque insignifiantes lorsqu'on se borne à un examen superficiel. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 1re part., p. 410.)

Entre ces circonstances, en apparence sans importance, il n'en est peut-être pas une qui en ait plus que la rétraction des parois urétrales après la sortie de la sonde ou de la bougie. Le resserrement du canal va quelquefois assez loin pour qu'on ne puisse plus introduire le même instrument et pour qu'on soit obligé de repasser par les petites bougies avant d'arriver au calibre de la veille.

On peut encore avoir à combattre, en même temps que le rétrécissement organique de l'urètre, un obstacle au cours de l'urine produit par une hypertrophie de la prostate, un catarrhe vésical, etc.

Un cas très-embarrassant est celui où le chirurgien est appelé quand déjà de fausses routes existent à côté du rétrécissement.

Nous reviendrons sur cette dernière complication ainsi que sur l'infiltration d'urine, les abcès urineux, les fistules urinaires, etc., qui trouveront leur place à l'article RÉTENTION D'URINE, parce qu'en effet ces accidents surviennent dans la plupart des affections de l'urètre et du col de la vessie, et surtout dans la rétention d'urine, quelle que soit la lésion qui la produise; souvent aussi ils sont la suite des tentatives de cathétérisme qu'on dirige contre cette rétention.

ARTICLE VIII.

Rétention d'urine.

Jusqu'à ces derniers temps les auteurs décrivaient la rétention d'urine comme une maladie essentielle, et exposaient comme causes de ce phénomène, qui n'est qu'un symptôme, les lésions organiques diverses où il se rencontre. Aujourd'hui, ces lésions, comme la paralysie de la vessie, l'hypertrophie de la prostate, les rétrécissements de l'urètre, etc., sont exposées à part, au grand avantage de la science et de la pratique.

On a ainsi débrouillé ce chaos qui s'appelait rétention d'urine, et où se trouvaient pêle-mêle les éléments pathologiques les plus discordants. Sans tomber dans l'inconvénient que nous signalons, nous croyons qu'après avoir traité séparément de toutes les affections dont la rétention d'urine est un symptôme, ce sera faire une chose utile de tracer un résumé de ces cas variés. Souvent en effet, si la rétention d'urine n'est pas la maladie, elle en est un des accidents les plus redoutables, les plus puissants, au point que, dominant entièrement la scène, c'est elle qui réclame tout d'abord l'attention du chirurgien.

Nous examinerons donc, au point de vue que nous avons indiqué, la rétention d'urine successivement dans les trois sections de son appareil excréteur : 1° dans le bassinet et l'uretère ; 2° dans la vessie ; 3° dans l'urètre ; et nous ajouterons, pour compléter l'article, celle qui se fait dans le prépuce.

§ I. Rétention d'urine dans l'uretère.

Sous ce titre, nous comprenons aussi la rétention d'urine dans le bassinet, dernière rétention décrite par J.-L. Petit, sous le nom de rétention d'urine dans le rein.

Causes de la rétention d'urine dans l'uretère. Cette affection, qui attaque tous les âges et tous les sexes, serait, d'après Desault et Chopart, plus fréquente chez les enfants et chez les femmes.

Quant aux causes organiques qui lui donnent naissance, elles peuvent former trois classes : la première comprend les corps étrangers qui obturent directement le calibre du conduit, tels que les calculs du bassinet (*voy.* Pyélite calculeuse, dans la *Bibliothèque du médecin-praticien*, t. ii, p. 517), les calculs de l'uretère, les hydatides, les grumeaux de sang ou de mucus épaissi fermant ce canal (*Ouvr. cité*, *maladies des uretères*, t. ii, p. 565). Dans la seconde catégorie se placent les affections des parois même de l'uretère, qui en diminuent ou en effacent la cavité, comme l'engorgement chronique, le rétrécissement organique ou spasmodique. Nous ne mettons guère ici ce dernier genre de rétrécissement que pour mémoire, car le spasme de l'uretère nous paraît loin d'être démontré. Le troisième ordre de causes renferme toutes les tumeurs abdominales qui peuvent intercepter par compression le cours de l'urine dans l'uretère, les tumeurs du mésentère, du mésocolon, l'accumulation des matières fécales dans le rectum, le cancer de cet intestin, celui de l'utérus, etc.

Caractères anatomiques de la rétention d'urine dans l'uretère. Nous avons à rappeler ici la dilatation de l'uretère au-dessus de l'obstacle, dilatation qui peut donner à l'organe une largeur beaucoup plus considérable que celle de la vessie elle-même, ainsi que l'a observé J.-L. Petit. (*Œuvres complètes*, p. 750, édit. compacte.) L'uretère peut être uniformément dilaté, offrir des bosselures et des circonvolutions analogues à celles de l'intestin. Nous avons vu ailleurs comment le rein lui-même, développé et comme laminé par la compression excentrique du liquide, forme en grande partie les parois d'une poche quelquefois très-considérable. Tout en renvoyant aux faits rapportés au chapitre des Maladies de l'uretère, nous en citerons un où le phénomène se présente à un degré très-remarquable : M. Ségalas a ouvert, en présence de Larrey, le cadavre d'un homme dont le rein gauche offrait une dilatation de 15 pouces de long sur 10 à 12 de large. Des calculs bouchaient le commencement de l'uretère. Le bassinet entrait sans doute dans cette énorme ampliation. (Ségalas, *Traité des rétentions d'urine*, p. 220.)

Symptômes et diagnostic de la rétention d'urine dans l'uretère. Les symptômes sont vagues et presque toujours uniquement rationnels. D'abord, si la rétention d'urine est incomplète ou si elle n'existe que d'un côté, elle est difficile à constater, par la raison que la diminution de ce liquide excrété peut tenir à la diminution de sa sécrétion.

Il n'y aurait donc que dans les cas extrêmement rares où la rétention existerait des deux côtés que l'on pourrait arriver par voie d'exclusion à reconnaître qu'elle a lieu au-dessus de la vessie ; mais outre qu'alors le cas serait à peu près sans au-

cune ressource, il ne se rencontre presque jamais. Les douleurs de rein, celles particulières à la gravelle qui dessinent le trajet de l'uretère, sont souvent prises pour du rhumatisme, comme nous allons le voir, ou même elles n'existent pas toujours. Cependant, chez un malade, qui expulserait habituellement des graviers, si une douleur descendant du rein s'arrêtait sur un point du trajet de l'uretère et s'y fixait, si en même temps il y avait une diminution notable de l'urine, si cette douleur retentissait jusqu'aux reins, on aurait une forte présomption de l'existence de la rétention d'urine dans l'uretère; mais des cas si nettement dessinés ne sont pas communs, et en général le diagnostic demeure entouré d'incertitude. Il faut que le mal soit porté bien loin pour qu'il y ait tumeur aux lombes comme dans l'intéressante observation que nous empruntons à J.-L. Petit.

Obs. 1re. « M*** voyait, chez un apothicaire de la rue Dauphine, un malade de province, chez lequel je fus appelé au dixième jour de sa maladie; suivant le récit que mon confrère m'en fit, le malade étant à table, et jouissant d'une santé parfaite, sentit un frisson, à la vérité léger, mais qui finissait et recommençait à chaque instant. Il sentit le besoin d'uriner, et il urina assez copieusement; il se remit à table, but et mangea comme auparavant. Le même frisson le reprit, et alors, faisant confidence du premier qu'il avait eu, et que jusqu'alors il avait caché, on le força de quitter la table; il eut de même envie d'uriner, il urina, on le mit au lit, et peu après une légère douleur qu'il avait eue dans la région des reins augmenta si considérablement que, malgré la plénitude de l'estomac, franchissant le préjugé, il fut copieusement saigné deux fois en une heure. M***, qui, deux heures après, fut appelé, jugea à propos de le ressaigner encore, et d'appliquer un cataplasme anodin sur l'endroit douloureux, qu'il trouva considérablement gonflé; et, s'apercevant que cet endroit s'élevait et formait une tumeur, il le fit ressaigner, et renouvela le cataplasme. Le malade cependant paraissait sans fièvre; et si de temps en temps on apercevait à son pouls plus d'élévation et de vitesse, ce n'était précisément que lorsque ses douleurs augmentaient; car elles n'étaient pas toujours si fortes; elles avaient diminué depuis la dernière saignée, et elles diminuèrent encore jusqu'aux huitième et neuvième jours, où, devenues plus vives que jamais, le pouls s'éleva, et engagèrent M*** à m'appeler en consultation. Instruit par lui de tout ce que je viens de dire, je fus convaincu, comme lui, de la nécessité absolue d'ouvrir cette tumeur; mais nous n'étions pas du même sentiment sur son caractère, ni sur la manière de l'ouvrir. Il avait cru d'abord qu'elle était anévrysmale; mais, lui ayant objecté que cette tumeur n'avait aucun des symptômes de l'anévrysme naissant, ni aucun de ceux qui accompagnent son accroissement, et que de plus elle s'était accrue si considérablement et en si peu de temps qu'il n'y avait pas lieu de croire qu'elle fût un anévrysme vrai, qui n'augmente que par degré; elle ne s'était pas montrée non plus sous la forme d'un phlegmon. Il n'y avait point eu de fièvre dans le commencement, et fort peu dans l'augmentation; les frissons n'étaient pas durables, ils cessaient et recommençaient d'instant à autre; ils n'avaient point les caractères du frisson de la fièvre ni du frisson de la suppuration; la tumeur n'était point dure, et la fluctuation avait paru aussitôt qu'elle; enfin nous ne décidâmes rien pour lors; on continua le cataplasme, et nous convînmes de nous rassembler le soir. Étant sortis ensemble, après avoir conféré à l'amiable sur les différents moyens d'ouvrir cette tumeur, nous convînmes que le trocart cannelé était préférable à tout autre; et, comme j'avais déjà inventé ce trocart cannelé, nous le préférâmes.

» Étant revenus chez le malade à l'heure donnée, nous y trouvâmes deux autres confrères qu'on y avait mandés à notre insu, et, après examen, la chose mise en délibération, il fut décidé que l'on ouvrirait avec le bistouri. Au premier coup il sortit un jet que l'on crut être du sang; mon confrère, qui, comme j'ai dit ci-dessus, avait cru la tumeur anévrysmale, ne songeait qu'à boucher au plus vite avec de la charpie l'ouverture qu'il

avait faite ; mais lui ayant fait apercevoir que ce qui sortait était moins du sang que de l'urine, il se rassura, porta son doigt dans l'ouverture, et sentit un corps dur ; il dilata l'ouverture, et tira une pierre irrégulière, dont une portion était engagée dans l'uretère, et l'autre dans le bassinet ; il était sorti deux pintes d'urine dans laquelle était mêlée environ une palette et demie de sang, ce qui formait un fluide d'un rouge brun, ou plutôt couleur de café, ce qui est ordinaire, ainsi que je l'ai dit ci-dessus ; le malade eut une faiblesse qui fut l'annonce d'un frisson qui dura deux heures, à la suite duquel il eut une fièvre violente. La plaie ne parvint point à suppuration ; la gangrène survint, et le malade mourut le septième ou le huitième jour de l'opération.

» Nous fîmes l'ouverture du cadavre ; nous trouvâmes le rein fort dilaté, puisqu'il avait contenu deux pintes d'urine ou de sang ; nous en tirâmes plusieurs pierres qui étaient logées dans les entonnoirs, toutes irrégulières, mais la plus grosse n'excédait pas le volume d'une fève. Fort étonnés de trouver tant de pierres, et d'en avoir tiré une si grosse dans l'opération, nous crûmes que, n'étant pas possible que tout cela se fût produit sans qu'il se fût montré aucun symptôme, il fallait que le malade n'eût pas été fidèle dans ses récits : en effet, la femme du malade, à qui on avait mandé la maladie de son mari, nous dit qu'il y avait plus de dix ans qu'il se plaignait de douleurs à la région des reins, ce qu'il appelait son rhumatisme ; qu'il était quelquefois deux ou trois mois sans les sentir, mais que d'ailleurs il n'avait aucune incommodité ; et, comme la douleur n'était pas aiguë, son prétendu rhumatisme ne l'empêchait pas de vaquer à ses affaires ; qu'il avait éprouvé que souvent l'exercice le soulageait, et qu'il lui était arrivé quelquefois d'avoir quelques nausées lorsque l'exercice ne l'avait point soulagé : m'étant informé s'il n'avait point eu de coliques néphrétiques, suppression d'urines, difficulté d'uriner, à tout cela elle répondit qu'il n'avait eu aucun de ces accidents.

» De cette observation, il résulte 1° que la pierre peut se former et exister dans le rein pendant plusieurs années sans que le malade souffre de la colique néphrétique ; 2° que, quoique la pierre qui bouchait l'uretère fût grosse, et, par conséquent, ancienne, elle n'avait bouché exactement l'uretère que depuis peu ; 3° qu'il est possible que le malade ne sentît ses douleurs de rhumatisme que lorsque, la pierre cessant de boucher l'uretère, les urines reprenaient leur cours naturel ; 4° sans ce dernier accident, et sans l'opération faite en conséquence, le malade, qui ne croyait point avoir la pierre, aurait pu la porter encore bien du temps sans qu'on eût pu la soupçonner ; cependant je crois que, si l'on faisait bien attention à tout ce qui arrive ou peut arriver à un malade tel que celui dont il s'agit, je crois, dis-je, que l'on pourrait trouver des signes qui, s'ils ne nous montraient pas évidemment l'existence de la pierre, nous la feraient du moins soupçonner : je prends pour exemple le malade dont je viens de parler.

» Une tumeur qui survient tout à coup, et dans laquelle on sent aussitôt une fluctuation non douteuse, ne peut être formée que par un fluide qui s'épanche, ou qui est retenu dans une cavité. En réfléchissant sur le lieu que la tumeur occupait, quel fluide pouvions-nous soupçonner autre que l'urine, et quelle cavité pouvions-nous soupçonner autre que celle du rein ? » (J.-L. Petit, *Œuvres complètes*, p. 782.)

Pronostic de la rétention d'urine dans l'uretère. « La rétention d'urine dans l'uretère est plus ou moins dangereuse, selon la cause qui lui a donné naissance. Lorsqu'elle a lieu en même temps dans les deux conduits et qu'elle est complète, elle a la terminaison de la suppression d'urine qui en est toujours la suite. Quand elle n'existe que d'un côté, la nature se débarrassant par l'autre rein de la quantité d'urine dont l'évacuation est nécessaire à la santé, il n'en résulte sous ce rapport aucun accident : mais l'urine que contient l'uretère dilaté, se corrompt par son séjour à défaut de renouvellement, excite de l'irritation, de l'inflammation dans le canal, produit le

même effet dans le rein, fait tomber ce viscère en suppuration, devient enfin la source de tous les maux les plus fâcheux. S'il se fait une crevasse dans l'uretère distendu outre mesure, l'urine se répand dans les parties voisines, elle y cause des dépôts urineux ; elle peut aussi s'épancher dans le ventre, et donner lieu à une hydropisie d'une nature particulière. » (Chopart, *lieu cité*, t. II, p. 160.)

Traitement de la rétention d'urine dans l'uretère. Hors les cas où la rétention résulte de l'accumulation des matières fécales endurcies dans le rectum, ou de la présence d'un calcul dans l'orifice vésical de l'uretère, cas dans lesquels il serait assez facile de faire disparaître l'obstacle, la chirurgie offre peu de ressources ici. Dans une période avancée, lorsqu'une tumeur s'est formée aux lombes, on imiterait la conduite de J.-L. Petit et celle que nous vous avons tracée à l'article *Néphrotomie* (voy. BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN, t. II, p. 550).

Lorsque les signes manquent de la précision qu'exige l'action de la chirurgie, le médecin n'a guère que les antiphlogistiques et les calmants à opposer aux accidents qui compliquent la rétention.

§ II. Rétention d'urine dans la vessie.

La rétention d'urine dans la vessie est celle qui, à juste titre, a le plus fixé l'attention des observateurs.

Causes de la rétention d'urine dans la vessie. La rétention d'urine dans la vessie dépend du défaut d'harmonie entre la puissance d'expulsion du réservoir et la résistance de son col, soit que la contractilité de la vessie soit diminuée ou abolie, soit que, cet organe étant resté dans sa force normale ou qu'il se soit même hypertrophié, un obstacle d'une nature quelconque se soit établi à l'orifice de l'urètre.

A. *Paralysie de la vessie.* Nous ne pouvons revenir ici sur un sujet déjà traité avec tous les développements qu'il comporte ; nous indiquerons seulement cette sorte d'atonie de la vessie qui arrive peu à peu, et qui peut s'élever jusqu'au degré d'une paralysie complète ou à peu près complète, qu'elle ait été favorisée par une névralgie de l'urètre ou par toute autre circonstance. Ce cas, qui serait peut-être controversable chez l'homme, par le défaut d'autopsie, ou par l'impossibilité de constater d'une manière sûre chez quelques sujets l'absence d'un obstacle au col vésical, devient incontestable chez la femme, où Sabatier, M. Civiale et beaucoup d'autres chirurgiens l'ont observé.

Mais presque toujours cette paralysie est symptomatique, 1° d'une affection du centre nerveux, commotion, contusion, compression, déchirure ou inflammation du cerveau et de la moelle épinière ; 2° d'une distension excessive des fibres du réservoir urinaire, comme chez les personnes qui volontairement ont trop différé de l'évacuer, et chez celles qui, par un obstacle quelconque au col vésical, n'ont pu à temps satisfaire ce besoin. L'inflammation de la vessie lui retire aussi sa contractilité. Nous n'oublierions pas ce qui arrive dans la fièvre typhoïde si ce cas ne rentrait pas évidemment dans les lésions de l'encéphale. Nous bornons là ces détails qu'on trouvera beaucoup plus complets dans la *Bibliothèque du médecin-praticien*, article PARALYSIE DE LA VESSIE, t. III, p. 405.

B. *Obstacles au col de la vessie.* Cette cause se compose de variétés infiniment plus nombreuses, et dont nous allons passer une revue rapide, comme doit être un résumé de ce qu'on a déjà étudié.

Les obstacles au cours du liquide comprennent trois catégories, suivant qu'ils sont situés à l'intérieur de la vessie ou de l'urètre, dans les parois de l'urètre, au dehors de l'urètre.

a. *Dans la vessie et dans l'urètre.* L'obstacle agit à la manière d'un bouchon, comme les corps étrangers des deux organes, leurs calculs, les caillots sanguins, les hydatides, les tumeurs pédiculées de la vessie ou de l'urètre, mais qui, libres dans le réservoir en obturent l'orifice à la manière de soupapes.

b. *Dans l'épaisseur des parois urétrales.* Le spasme ou l'inflammation de la partie profonde du canal, le gonflement du verumontanum, celui de la prostate, par

l'inflammation, les abcès et surtout l'hypertrophie; enfin les rétrécissements de l'urètre dans toutes leurs formes, et auxquels il faut ajouter l'imperforation congénitale du canal.

c. *En dehors de l'urètre.* Les causes de rétention qui se rapportent à cette classe agissent en comprimant l'urètre ou en en changeant la direction. Chez l'homme ce résultat est produit, ou peut l'être par infiltration d'urine, par un dépôt sanguin ou purulent, par des matières fécales endurcies dans le rectum, ainsi que J.-L. Petit l'a signalé, par des pierres, des tampons de liége, des corps étrangers introduits dans cet intestin, ou encore par des tumeurs qui se sont développées dans sa cavité ou dans l'épaisseur de ses parois; par une hernie scrotale, un sarcocèle, une hydrocèle volumineuse ; enfin par une compression circulaire exercée sur la verge à l'aide d'une ficelle, d'un anneau, d'un anneau de clef, d'un briquet, d'une virole de fer, etc.

Chez la femme, cette compression de l'urètre peut dépendre de la matrice au quatrième mois de la grossesse ou au moment de l'accouchement par l'enclavement de la tête. Elle peut être également l'effet de la tuméfaction de l'utérus rempli d'un produit accidentel, comme un polype, une môle ; d'une rétroversion qui applique le museau de tanche sur l'orifice de l'urètre, d'une antéversion qui met le fond de la matrice également sur l'entrée de l'urètre, en sens opposé, c'est-à-dire en avant; d'une tumeur cancéreuse du même viscère; enfin le sang retenu dans le vagin par son imperforation, les corps étrangers volumineux introduits dans ce conduit, des pessaires déplacés, etc., peuvent occasionner la rétention d'urine.

Caractères anatomiques de la rétention d'urine dans la vessie. Nous ne ferons pas un examen superflu de toutes les lésions si diverses qui donnent lieu à la rétention d'urine dans la vessie; nous nous occuperons seulement de l'état de l'organe distendu par l'urine.

Voyons d'abord quels degrés de dilatation peut offrir le réservoir urinaire sous l'influence de l'accumulation croissante de l'urine dans son intérieur.

C'est un point bien exposé par Chopart, textuellement reproduit par Boyer, qui ne cite pas la source.

« Les urines retenues dans la vessie en distendent les parois; lorsque le ressort de ses fibres charnues a été forcé, elle n'oppose plus qu'une faible résistance à sa dilatation, et elle prend quelquefois un volume considérable; on l'a vue chez une fille de dix-huit mois contenir une pinte d'urine, et chez des adultes six pintes et même plus. Elle peut remplir non-seulement l'excavation du bassin, mais s'étendre dans le bas-ventre au-dessus de l'ombilic, se prolonger même quelquefois à travers les anneaux, former des hernies scrotales, ou passer sous l'arcade crurale. Dans les cas les plus ordinaires de rétention d'urine, la vessie conserve à peu près sa figure naturelle; cependant ses dimensions n'augmentent pas toutes dans la même proportion; elle s'étend davantage de bas en haut qu'en tout autre sens ; son bas-fond devient plus large et plus profond, il déprime en devant le périnée, presse en arrière le vagin, le rectum chez l'homme, et forme dans ces conduits des tumeurs qui bouchent entièrement ou partiellement leur cavité; sa paroi postérieure et supérieure recouverte par le péritoine, refoule en arrière et en haut les intestins grêles, et se prolonge dans la cavité abdominale; son sommet, en se portant au-dessus du pubis glisse pour ainsi dire entre le péritoine qu'il soulève et les muscles abdominaux; sa partie antérieure et supérieure formant une tumeur dans la région hypogastrique, touche à nu les muscles droits et transverses auxquels elle est unie par un tissu cellulaire lâche; au moyen de cette disposition importante à connaître, on peut ouvrir la vessie sans craindre de percer le péritoine et de donner lieu à un épanchement d'urine. Quand les urines ont distendu la vessie autant qu'elle peut l'être sans pouvoir forcer la résistance de l'urètre, elles s'arrêtent dans les uretères qu'elles dilatent à leur tour, la valvule ou l'espèce de repli qui recouvre leur embouchure dans la vessie disparaît

raît, et l'ouverture de communication entre les deux cavités se dilate au point d'acquérir quelquefois un demi-pouce de diamètre. Enfin l'urine, après avoir dilaté les uretères, est de proche en proche retenue dans les reins, dont elle ralentit ou suspend la fonction de la sécrétion. Dans les vessies qui ont souffert de grandes distensions par la rétention de l'urine, il n'est pas rare de trouver des brides ou colonnes à peu près semblables à celles qui se remarquent dans les cavités du cœur ; ces colonnes sont produites par l'épaississement d'une partie de la tunique interne de la vessie, ou par des faisceaux de fibres charnues, épaissies. Entre ces deux faisceaux, il se forme souvent des enfoncements appelés cellules ou poches vésicales, dans lesquels les urines peuvent s'amasser et des calculs se loger. Nous avons traité de ces appendices à l'article de la hernie de la membrane interne de la vessie. Un phénomène singulier, c'est l'épaississement des parois de ce viscère excessivement distendu par l'urine. » (Chopart, *lieu cité*, p. 169.)

L'ampliation de la vessie peut aller plus loin que ne l'indique Chopart; si Saviard l'a vue contenir une pinte d'urine chez une petite fille de dix-huit mois, au sixième jour d'une rétention, ce qui est considérable pour cet âge, on l'a vue contenir chez l'adulte jusqu'à 12, 20, 30 et 80 pintes d'urine. (P. Frank, *De curand. homin. morb.*, lib. IV, § I, p. 307). Souvent, sans apprécier directement la quantité de l'urine, on peut s'en faire une idée par le développement de l'organe qui la contient. C'est ainsi que Morgagni a rencontré des cas où la vessie montait jusqu'à l'ombilic, et ce n'est pas rare ; chez un malade observé par Hunter, elle gagnait l'épigastre ; dans une observation recueillie par Bishop, elle s'était étendue au côté droit depuis la symphyse pubienne jusqu'à la onzième côte. Ces derniers exemples ne sont certainement pas extraordinaires, quoique J.-L. Petit ne crût point la vessie susceptible d'une si grande dilatation.

Il y a des cas inverses de ceux-là où la vessie racornie, atteint à peine, sous l'influence de la rétention, le volume qu'elle présente à l'état normal par le fait seul de sa plénitude ; cas très-insidieux, comme nous le montrerons en traitant du diagnostic.

Quant aux autres conditions de la vessie, elles varient à l'infini. Commençons par l'épaisseur de ses parois qui vient naturellement après leur ampleur. Le plus souvent elles sont hypertrophiées, parce que le plus souvent il y a eu difficulté avant qu'il y eût impossibilité d'uriner, et que jusqu'à un certain point la force d'expulsion du viscère a augmenté à mesure de la résistance qu'elle avait à vaincre. Lorsque la rétention est venue tout à coup surprendre la vessie à l'état sain, comme dans les lésions de la moelle, etc., la vessie est amincie par distension à la manière d'un morceau de caoutchouc qu'on distend. Dans d'autres circonstances enfin, bien que la rétention dure depuis long-temps et qu'elle se soit établie graduellement, il y a atrophie des parois vésicales ; elles sont si minces qu'elles menacent de rompre au moindre effort.

La consistance peut être assez diminuée pour amener des ruptures (*voy.* RUPTURES DE LA VESSIE, *Bibliothèque du médecin-praticien*, t. II, p. 634).

La muqueuse vésicale est tantôt amincie, tantôt exsangue, tantôt enflammée ; d'autres fois elle offre un aspect noirâtre, qui semble un simple phénomène de coloration, sans qu'il soit possible de le rattacher à un état pathologique quelconque.

L'urine est en général rouge, concentrée par la résorption de sa portion aqueuse ; elle exhale une odeur forte et souvent ammoniacale.

Nous rappellerons la dilatation des uretères, du bassinet et même des reins (*voy.* MALADIES DE L'URETÈRE, *Bibliothèque du médecin-praticien*, t. II, p. 565), au sujet de laquelle J.-L. Petit s'exprime en ces termes :

« En ouvrant les cadavres des sujets qui en sont morts, j'ai observé qu'à tous ceux qui avaient eu la rétention d'urine dans la vessie, les uretères et le bassinet des reins étaient plus dilatés qu'ils ne doivent l'être dans l'état naturel ; ce qui ne pouvait venir que de ce que l'urine

ne coulant point dans la vessie, et étant retenue dans les uretères, les avait dilatés, ainsi que le bassinet; et cela n'arrivait pas dans tous les temps de la maladie, mais seulement dans le temps où, par négligence ou impossibilité d'être sondée, la vessie avait été long-temps et excessivement remplie d'urine.

» On conçoit bien que l'obstacle qui empêchait les urines de passer par la verge, était comme un bouchon commun à toutes ces cavités, qui retenait l'urine dans la vessie, dans les uretères et dans les reins; car on peut les regarder comme ne faisant ensemble qu'une seule cavité qui, n'étant pas partout de même diamètre, ni également capable de résister, se dilate aussi inégalement; l'uretère résiste moins, et je l'ai vu quelquefois avoir plus de trois pouces de circonférence d'un côté, parce qu'une pierre, retenue dans sa partie inférieure, près de la vessie, empêchait le passage de l'urine; l'autre côté était dans l'état naturel. Ils peuvent néanmoins être tous dilatés quand la même cause existe des deux côtés; ce qui arrive presque toujours lorsque l'obstacle se trouve à l'urètre ou au col de la vessie, parce que l'urine retenue fait également effort sur toutes ces parties.

» La dilatation des uretères et celle de la vessie, portée à un certain point, détruit ou rend inutile l'obliquité qui est au passage des uretères dans la vessie; elle ne sert plus, comme on dit, de valvule, ce qui fait qu'alors les urines de la vessie peuvent remonter jusqu'aux reins. Quand, par la grande dilatation de la vessie, cette obliquité est détruite, les malades sentent moins de douleur à la vessie, parce que les urines ont plus d'espace pour s'étendre; au lieu que, tant que l'obliquité subsiste, les urines ne pouvant monter dans les uretères, la vessie seule supporte l'effort des urines retenues. » (J.-L. Petit, *Maladies chirurgicales*, p. 749.)

Symptômes de la rétention d'urine dans la vessie. Le début de la rétention est loin d'être le même dans tous les cas; il varie au contraire comme la lésion qui l'amène: tantôt brusque et tout à coup complète, comme dans une affection des centres nerveux, elle se fait d'autres fois graduellement, ainsi que dans l'hypertrophie de la prostate et dans les rétrécissements de l'urètre; il y a souvent une sorte d'intermittence dans la dysurie avant que la rétention s'établisse d'une manière complète.

Nous allons ici reproduire textuellement Boyer, qui a reproduit Chopart, en le corrigeant un peu et sans le citer.

Voici le passage que nous empruntons à cet auteur.

« Le début de la rétention d'urine n'est pas toujours le même. Quelquefois elle est tout à coup complète et se déclare par le défaut subit de l'évacuation des urines; quelquefois l'interception totale de ce liquide est précédée, pendant un ou plusieurs jours, par des difficultés d'uriner, par la diminution de la grosseur et de la force du jet de l'urine, par la sortie de ce liquide goutte à goutte ou en très-petite quantité à la fois, par des envies continuelles d'uriner, par des efforts qui précèdent l'exercice de cette fonction et par le besoin d'uriner que le malade sent encore après y avoir satisfait. Soit que la rétention d'urine arrive par degrés, soit qu'elle se déclare tout à coup, aussitôt que l'excrétion de ce liquide est entièrement suspendue le malade éprouve les symptômes suivants: sentiment de pesanteur au périnée, ténesme, constipation, hémorrhoïdes et vives douleurs dans la région hypogastrique. Ces douleurs se propagent le long de l'urètre, jusqu'à l'extrémité du gland, et consécutivement vers la région des reins de l'un et de l'autre côté: elles sont accompagnées quelquefois de stupeur et d'engourdissement aux cuisses; elles augmentent lorsque le malade marche, tousse ou se redresse, et diminuent lorsque, en se courbant, il relâche les muscles du bas-ventre. Il a des envies continuelles d'uriner; il s'agite, il se tourmente, et tous ses efforts deviennent inutiles. Bientôt il a des nausées, il ne peut respirer qu'avec difficulté; la fièvre survient, les yeux, le visage s'enflamment; il a des sueurs urineuses, des vomissements de matières glaireuses, bilieuses,

qui exhalent une odeur d'urine. Lorsque la rétention dure depuis plusieurs jours, la métastase de la matière urineuse sur le cerveau produit le coma, le délire, les convulsions.

« A ces symptômes, qui doivent être regardés comme les signes rationnels de la rétention d'urine, se joignent d'autres phénomènes qui en deviennent les signes sensibles. Ces phénomènes sont les tumeurs que forme la vessie dans l'intestin rectum chez l'homme, dans le vagin chez la femme, et, dans l'un et l'autre sexe, au-dessus du pubis. La tumeur dans le rectum ou dans le vagin se connaît facilement par l'introduction du doigt dans ces cavités; elle n'occupe que la partie antérieure de leurs parois; elle est également rénitente et sans duretés particulières dans toute son étendue. La tumeur au-dessus du pubis est d'un volume très-variable; elle s'étend quelquefois jusqu'au-dessus de l'ombilic, vers l'appendice xiphoïde; on l'a vue même soulever le diaphragme et le refouler dans la poitrine; elle est circonscrite, sans changement de couleur à la peau, sans dureté à sa circonférence, plus large inférieurement que supérieurement, rénitente, peu sensible au toucher, à moins qu'on ne la presse avec force; alors on réveille ou l'on augmente les envies d'uriner, et quelquefois même on fait sortir un peu d'urine par la verge. Lorsque cette tumeur est peu élevée au-dessus du pubis, et qu'elle est fortement tendue, on n'y sent pas d'ondulation de liquide; mais lorsqu'elle s'étend au-dessus de l'ombilic, la fluctuation y est sensible, et on pourrait la prendre alors pour une ascite, pour une tumeur de la matrice, comme cela est arrivé quelquefois. Une circonstance bien propre à faire connaître le véritable caractère de cette tumeur, c'est la fluctuation, ou plutôt l'espèce d'ondulation, qui se fait sentir de cette tumeur hypogastrique à celle du rectum ou du vagin, lorsqu'on les presse alternativement avec les doigts appliqués sur chacune d'elles. Ces tumeurs n'existent pas toujours, et l'on a vu plusieurs fois des rétentions, même complètes, où la vessie peu extensible ne s'élevait pas au-dessus du pubis, ne déprimait pas la paroi antérieure du rectum ou du vagin, et ne contenait que quelques cuillerées d'urine. » (Boyer, *Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent*, t. IX, p. 117.)

Diagnostic de la rétention d'urine dans la vessie. Rien n'est en général plus facile que le diagnostic de la rétention d'urine. Cependant de graves erreurs ont été commises à cet égard: les unes par ignorance, les autres par inattention, et quelques-unes enfin par l'anomalie des phénomènes de la maladie. C'est, on le comprend, cette dernière cause de méprise qui doit seule nous occuper.

Dans le cas où la vessie est devenue primitivement ou secondairement inerte, elle ne répond plus au toucher comme une tumeur nettement circonscrite, elle ondule en s'étalant en quelque sorte sous la main, et l'on est ainsi exposé à n'en pas reconnaître la véritable nature. M. Civiale a très-bien exposé cette difficulté:

« A mesure que l'état se prolonge, l'organe se fatigue d'un travail dont le malade n'a pas conscience, mais qui s'accomplit réellement; ses parois se relâchent, ses fibres s'allongent, sa capacité s'agrandit, et un moment arrive où, remplissant l'excavation pelvienne, il forme, au-dessus du pubis, une saillie plus ou moins élevée, mais difficile à apprécier; car ce n'est pas une tumeur dure, arrondie, rénitente, comme on le voit dans les cas de rétention d'urine avec tension de la vessie, contractions fortes et énergiques de ses parois. On sent, à travers les téguments de l'abdomen, un empâtement de liquide peu ou point comprimé, et qui semble à peine ramassé. La vessie étant molle, lâche et incapable de réaction, elle cède, principalement vers les points où elle rencontre le moins de résistance. Ainsi, c'est en arrière et vers les fosses iliaques qu'elle s'étend le plus; et si elle s'élève d'une certaine quantité au-dessus des pubis, on a quelquefois d'autant plus de peine à distinguer la saillie qu'elle forme, que celle-ci est molle, et qu'elle se confond avec la masse des intestins. Il y a comme une sorte de diffusion, qui

ne permet pas de reconnaître la vessie, surtout quand le sujet a de l'embonpoint, ou que ses tissus sont mous et flasques, en quelque sorte infiltrés, ce qui arrive assez ordinairement.

» J'ai examiné un grand nombre de malades de cette espèce, et j'ai pu me convaincre que ni le toucher par le rectum, ni l'examen par la région hypogastrique, ne suffisent pour faire apprécier une telle ampliation de la vessie, lorsque les parois ne sont pas fortement tendues. Les plus habiles praticiens sont également demeurés plus d'une fois dans le doute sur le véritable caractère de la tumeur, qui a été prise fréquemment pour une hydropisie, un épanchement dans la cavité abdominale, ou même une maladie de toute autre nature. Frank cite un cas où elle fut attribuée à une ascite, que la sonde seule guérit en retirant douze livres d'urine de la vessie, sans cependant opérer une déplétion complète. Dans un cas, dont j'ai consigné ailleurs les détails, j'ai été appelé par un grand praticien qui traitait depuis plusieurs mois un malade pour une ascite; je fis sortir de la vessie quatre pintes d'urine, et alors seulement la vraie nature de la maladie devint évidente. Ce qui contribue le plus à entretenir l'erreur, c'est que la vessie acquiert parfois des dimensions énormes; Morgagni l'a vue monter à l'ombilic; Hunter, à l'épigastre; et Bishop, s'étendre, au côté droit, depuis la symphyse pubienne jusqu'à la onzième côte. Ce phénomène n'est d'ailleurs pas rare, à beaucoup près. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, IIIe part., p. 161.)

Une circonstance très-insidieuse encore, c'est l'écoulement involontaire de l'urine, en sorte que le malade paraît avoir une incontinence au lieu d'une rétention, quand il a en réalité l'une et l'autre. Nous avons vu, pour notre compte, deux exemples très-remarquables de cette méprise, commise dans les deux cas par des hommes qui sont à la tête de la science. Sabatier parle d'une femme qu'on se proposait d'envoyer aux eaux afin de fondre une tumeur qui lui était survenue, dans la matrice, à ce qu'on croyait, à la suite d'un accouchement laborieux. Cette tumeur disparut tout à coup par l'introduction de la sonde. François Colot dit que plusieurs fois la vessie distendue par l'urine aurait été ouverte pour un abcès sans son intervention. Une observation consignée dans une thèse soutenue en 1777, à Upsal, sous la présidence du docteur Murray, prouve que l'ampliation de la vessie peut atteindre des limites qui exposent aux plus grossières erreurs.

Obs. 2. « Une femme délicate sentit son ventre grossir sans cause appréciable et sans éprouver d'incommodité. Cependant son ventre continua à s'élever, et il survint une infiltration excessive aux extrémités inférieures. Cette infiltration s'étendit bientôt aux membres supérieurs et au visage. La malade fut jugée hydropique, et on fit venir un chirurgien pour lui faire la ponction. Le flot du liquide contenu dans le ventre était évident. On prescrivit quelques diurétiques avant d'en venir à l'opération. Dans l'intervalle de ces remèdes, la malade se plaignit de suppression totale d'urine depuis trois jours, accident qu'elle n'avait pas encore éprouvé. On la sonda, et l'étonnement fut grand lorsqu'on vit sortir dix-huit livres d'urine et la tumeur du ventre s'affaisser. Le lendemain la sonde amena douze autres livres d'urine. L'anasarque, qui était purement symptomatique, se dissipa : on fit des fomentations d'eau froide qui rétablirent le ressort de la vessie; de sorte qu'après avoir retiré trois livres d'urine par la sonde, la malade pouvait en rejeter trois ou quatre autres spontanément en s'aidant de quelques pressions sur la région de la vessie. Le docteur Murray fit des recherches pour savoir si cette femme était arrivée à une parfaite guérison; elles furent sans succès. » (Boyer, *Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent*, t. IX, p. 179.)

Frank rapporte (*loc. cit.*) un fait qui a beaucoup d'analogie avec le précédent et qui est également très-instructif :

Obs. 3. « Un jeune homme fit une chute sur les lombes qui portèrent sur une machine conique. Une douleur atroce se fit sentir pendant six mois. Il voulut essayer de marcher; mais il tomba dans

un état apoplectique, sans perte de sang. Depuis cette époque le ventre prit un accroissement considérable; l'urine et les matières fécales coulaient involontairement à son insu; il se forma des eschares gangréneuses aux fesses. Frank fut consulté six semaines après. Les médecins avaient considéré la tuméfaction de l'abdomen comme une ascite, et dirigé tous les moyens contre cette prétendue hydropisie. La fluctuation était manifeste. Cependant, comme il existait une paralysie de la vessie et du sphincter de l'anus, avec des eschares gangréneuses aux fesses, Frank engagea le chirurgien à porter deux doigts dans le rectum, afin d'explorer l'état de la vessie. En comprimant cet organe, le chirurgien fit jaillir l'urine par l'urètre : on pratiqua aussitôt le cathétérisme; il sortit douze livres d'urine. On entoura le ventre d'un bandage. Dans la crainte qu'une évacuation trop forte ne fît tomber entièrement les forces du malade déjà épuisé, on suspendit l'écoulement pendant quelques heures, et on retira ensuite une aussi grande quantité de liquide que la première fois. Le ventre s'affaissa. On laissa à demeure une sonde de gomme élastique, et il s'écoula graduellement une énorme quantité d'urine. Cependant, au bout de quelques semaines, le malade mourut. A l'ouverture du cadavre, on trouva les vertèbres lombaires cariées, et dans le canal vertébral un épanchement de matières ichoreuses qui avait comprimé, altéré la moelle. On avait enlevé la sonde plusieurs jours avant la mort : la capacité de la vessie était si grande qu'elle contenait quatre-vingts livres d'urine, refoulait le diaphragme dans la cavité thoracique et donnait au bas-ventre un volume aussi considérable qu'avant le cathétérisme. »

Un phénomène bien plus capable encore de jeter dans l'erreur qu'une rétention avec une incontinence simple, c'est une rétention par paralysie incomplète de la vessie, avec cette particularité que le viscère conserve un reste de contractilité et chasse volontairement une certaine quantité d'urine quand l'accumulation de ce liquide a dépassé un certain degré.

« Ce qui contribue le plus, dit M. Civiale, à répandre de l'incertitude sur le diagnostic de la tumeur vésicale, c'est que, dans un certain nombre de cas, le malade n'éprouve que des troubles passagers dans l'émission de l'urine, et qu'il peut recouvrer pour assez longtemps la faculté d'uriner presque naturellement; c'est-à-dire que les besoins sont assez rapprochés, mais qu'il peut les satisfaire sans de grands efforts, et que, dans les intervalles, il ressent seulement de la gêne, de l'embarras, sans nul indice de la plénitude de la vessie. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 3e partie, pag. 164.)

Ajoutez à cela que la gêne et la douleur du côté de la vessie, dans ces cas d'atonie du viscère, peuvent être souvent nulles ou à peu près nulles :

« L'obscurité augmente encore s'il existe des déformations primitives ou acquises du réservoir de l'urine. Nous avons vu, en traitant des hernies et des cellules vésicales, que la vessie distendue est susceptible de présenter les formes les plus extraordinaires. Il suffit de se rappeler les faits que j'ai cités à cet égard pour que le chirurgien sente la nécessité de se tenir sur ses gardes, et qu'il n'aille pas confondre, comme on le fait si souvent, ces sortes de tumeurs insolites de la vessie avec d'autres maladies des organes contenus dans l'abdomen. Qu'il me suffise de rappeler que ces dispositions inaccoutumées du réservoir de l'urine ont d'ailleurs une grande influence sur le développement de l'atonie vésicale et sur la stagnation de l'urine. Il en est de même de la plupart des lésions organiques de la prostate et de la vessie que j'ai passées en revue, et qui concourent aussi à produire l'atonie et la paralysie de la vessie, d'où résultent des cas compliqués sur lesquels je reviendrai. Il ne s'agit que de ceux à l'égard desquels le diagnostic est le moins obscur. » (Civiale, *lieu cité*, 3e partie, p. 165.)

Les lumières que l'on retire aujourd'hui de la percussion rendent de plus en plus les méprises difficiles, surtout celle qui consiste à prendre la rétention d'urine pour une ascite. En effet, quel que soit le peu de résistance de la poche,

quelque flasque qu'elle soit, quand le sujet sera debout, la ligne de matité ne sera jamais horizontale comme dans l'ascite, et les intestins au lieu de flotter à la surface du liquide seront éparpillés sur les côtés de la tumeur ; en sorte qu'il n'y aurait plus qu'une hydropisie enkystée, qui est très-rare, ou un kyste liquide, comme celui de l'ovaire chez la femme, qui pourraient en imposer ici ; mais ne suffit-il pas qu'il y ait doute pour que la sonde vienne le dissiper à l'instant ?

Lorsque l'urine est retenue dans une vessie ratatinée et racornie, ce qui est tout exceptionnel, les antécédents, les troubles de la fonction urinaire, tout ce qui peut appeler l'attention du côté du bassin, portera à examiner l'état de la vessie et à passer la sonde ou la bougie.

Une fois l'existence de la rétention d'urine reconnue, il reste à en déterminer l'espèce ou la cause, ce qui revient au même.

En s'aidant des commémoratifs, du toucher par le rectum, du cathétérisme, on arrive ordinairement sans peine à cette distinction. Il faut passer en revue dans son esprit les affections diverses qui donnent lieu à la rétention d'urine, et procéder par exclusion. Il est évident que nous ne pourrons pas rappeler ici les signes de ces lésions qui viennent d'être étudiées.

Pronostic de la rétention d'urine dans la vessie. La rétention d'urine dans la vessie est toujours, je ne dirai pas une maladie, mais un accident grave. Le pronostic varie suivant le degré et surtout suivant la cause de la rétention.

« La rétention d'urine, lorsqu'elle est incomplète, sans inflammation ou avec regorgement, n'est pas ordinairement accompagnée d'accidents fâcheux ; elle n'entraîne point avec elle la suppression dans les reins ; la vessie se vidant à mesure qu'elle s'emplit, les crevasses de ce viscère, les épanchements, les infiltrations urineuses qui en sont les suites, sont moins à craindre. Il se trouve des personnes qui ont depuis un certain temps de ces rétentions, qu'elles regardent seulement comme une infirmité naturelle, et pour lesquelles elles ne demandent même pas de secours ; cependant les urines croupissant dans la vessie peuvent y former un dépôt abondant, s'y putréfier, et altérer à la longue les tuniques de ce viscère. » (Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires*, tome II, p. 186.)

Complète, elle exige les secours les plus prompts ; et si elle se prolonge trop elle met la vie en danger, et, dans les cas les moins sérieux, la distension qu'éprouvaient les fibres de la vessie leur permet lentement, difficilement de reprendre leur contractilité. Cette violence qu'éprouve le viscère, l'action irritante d'une urine concentrée sur la membrane muqueuse l'exposent à l'inflammation, à la gangrène, à des ruptures suivies d'épanchements mortels, ou d'infiltrations souvent dangereuses et toujours suivies de fistules plus ou moins rebelles. A ces accidents s'ajoutent encore trop souvent ceux de la résorption de l'urine et de sa suppression.

Quant au pronostic en quelque sorte ultérieur ou définitif de la rétention, il est clair qu'il dépend tout entier de la nature de la lésion qui cause la rétention. La rétention par inflammation est la plus dangereuse, et réclame la prompte évacuation de l'urine, dont la présence augmente encore l'irritation. Les rétentions qui ne supposent aucune altération préexistante de la vessie ou de l'urètre sont peu graves en elles-mêmes, leur danger est relatif à l'affection dont elles sont le symptôme : ainsi la rétention déterminée par les maladies de la moelle épinière est incomparablement la même que celle qui résulte de la faiblesse par distension forcée de ses fibres, etc. Nous ne pouvons pas reproduire le pronostic de toutes les affections dont la rétention est une conséquence. Nous terminerons seulement en disant que les rétentions occasionnées par les déplacements de la matrice n'ont pas de gravité, qu'on en triomphe par le redressement de l'utérus ou enfin par la sonde, en général sans qu'il en résulte rien de fâcheux.

Traitement de la rétention d'urine dans la vessie. « Les indications curatives de la rétention d'urine sont subordonnées à ses degrés et à ses causes. Est-elle com-

mençante et causée par l'inflammation, on la combat par les remèdes généraux, tels que les saignées, les sangsues à la marge de l'anus, les boissons adoucissantes et les bains. Incomplète et dépendante de l'atonie de la vessie, elle exige l'attention des malades à uriner debout, à ne pas résister à la première envie d'uriner, et l'application des corps froids pour réveiller l'action de ce viscère. Si elle est causée par le déplacement du rectum, de la matrice, la réduction de ces viscères est la première indication à remplir. Est-elle occasionnée par la pression de la matrice sur le col de la vessie vers le quatrième mois de la grossesse, cette sorte de rétention se dissipe lorsque ce viscère est assez développé pour que, sa grosseur excédant l'ampleur du bassin, il soit forcé de s'élever au-dessus de cette cavité et ne puisse plus y redescendre. Si la rétention augmente ou devient complète, on procure la sortie des urines en écartant la matrice du col de la vessie au moyen d'un doigt introduit assez haut, derrière et un peu sur le côté de la symphyse du publis ; et, ce moyen ne réussissant pas, on a recours à la sonde. Si la tête de l'enfant, fixée ou enclavée dans le bassin, était la cause de la rétention d'urine, on s'empresserait de terminer l'accouchement par le forceps, pour prévenir les accidents de cette rétention ; et si l'on soupçonnait qu'elle dût être longue et laborieuse, ou si la vessie était excessivement distendue par les urines, on commencerait par les évacuer avec la sonde. La rétention incomplète d'urine procède-t-elle du gonflement de la prostate ou du rétrécissement de l'urètre, on y remédie par l'usage des bougies, et de préférence par celui des sondes élastiques, par les bains, les cataplasmes et les autres secours de l'art appropriés à la nature des affections de ces parties. Dans la rétention avec regorgement, il est toujours utile d'évacuer entièrement les urines de la vessie ; mais ce n'est qu'un secours passager ; l'affection de ce viscère qui entretient cet accident doit être l'objet principal de ce traitement. » (Chopart, *Traité sur les maladies des voies urinaires*, t. II, p. 188.)

Lorsque la rétention est l'effet de la distension du vagin par le sang menstruel, par un pessaire, des tampons de linge ou un corps étranger quelconque, leur rétraction suffit ordinairement au rétablissement du cours de l'urine, à moins que la vessie n'ait perdu son ressort.

Il en est de même pour la rétention produite par l'accumulation des matières fécales endurcies dans le rectum ou par des corps étrangers volumineux introduits dans cet intestin.

Mais si les urines étaient retenues par des tampons contenus dans ces conduits pour arrêter une hémorragie, comme cela s'est vu plus d'une fois à la suite de l'excision d'un polype de la matrice, ou à la suite des hémorrhoïdes, il faudrait, avant d'enlever l'appareil, essayer de s'en dispenser, en faisant des tentatives pour passer la sonde, etc., etc. Nous renvoyons aux diverses maladies qui s'accompagnent de la rétention d'urine.

Dans un très-grand nombre de cas le cathétérisme est indispensable, soit primitivement, pour débarrasser la vessie ; soit plus tard, et souvent pendant longtemps, pendant que l'on s'occupe à guérir la lésion dont la rétention est un symptôme.

Cathétérisme. Le cathétérisme, ou l'opération qui consiste à introduire une sonde dans la vessie par le canal de l'urètre, devait naturellement trouver sa place à l'article de la rétention d'urine. On sait qu'il ne se pratique pas dans le seul but d'évacuer le réservoir urinaire, mais encore dans celui d'en explorer la surface, ainsi que celle de l'urètre, pour y découvrir des calculs, des cellules, des tumeurs, des déformations, etc., etc. Le premier s'appelle cathétérisme évacuateur, le second cathétérisme explorateur. Évidemment l'introduction des bougies dans la vessie ou dans l'urètre rentre dans le cathétérisme.

Avant de procéder à la description de la manœuvre, nous allons commencer par celle des instruments.

a. Définition de la sonde. On peut définir la sonde : un tube ouvert à ses deux extrémités, un peu plus long et un peu

moins large que l'urètre, et dont la forme doit s'adapter à celle du canal. Le mot sonde ne s'applique qu'aux instruments creux, ouverts par les deux bouts, et qui sont destinés à pénétrer dans la vessie par l'urètre, et ce n'est que par un abus de langage qu'on a donné le même nom à des porte-caustiques. On désigne assez souvent par le nom d'algalie la sonde métallique, la sonde d'argent; cathéter ne signifie en France du moins qu'une sonde pleine, c'est-à-dire un cylindre ayant la même dimension et la même configuration que la sonde, avec cette différence qu'il n'est pas creux. Il est uni comme celui qui sert à la recherche d'un calcul vésical, ou même à pénétrer dans un rétrécissement de l'urètre, usage auquel l'emploie quelquefois Brodie (voyez *Rétrécissements de l'urètre*, Bibliothèque du médecin praticien, t. IV), ou cannelé comme celui qui conduit le bistouri ou le lithotome dans la taille. Enfin, tout le monde connaît la sonde à dard usitée dans la lithotomie hypogastrique.

La sonde portait chez les Grecs le nom de cathéter, d'où l'expression générale de cathétérisme.

b. Longueur de la sonde. Les sondes de femme ont ordinairement seize centimètres (six pouces) de long, celles d'homme de vingt-six à trente-six centimètres (de dix à quatorze pouces). Cette longueur dépasse de beaucoup celle de l'urètre, dont la moyenne en longueur est chez la femme un pouce (pas tout à fait trois centimètres), chez l'homme de quinze à dix-huit centimètres (six à sept pouces). Cet excès de longueur, qui n'a pas d'inconvénient dans l'usage instantané de l'instrument, pourrait en avoir un grave dans des mains inexpérimentées, lorsqu'on laisse la sonde à demeure. Maintenue trop enfoncée dans le réservoir urinaire, elle en a quelquefois perforé les parois. Mais il suffit d'être instruit de ce danger pour savoir l'éviter, ainsi que nous le verrons.

c. Grosseur de la sonde. Nous avons dit que la sonde devait avoir un diamètre un peu inférieur à celui de l'urètre, ce qui est tout simple si l'on veut que le canal n'éprouve pas de distension pendant l'introduction et par la présence de l'instrument, mais le tissu de ce canal prête facilement, et M. Mayor y a passé quelquefois ses *sondes monstres*, qui sont si volumineuses qu'on n'eût jamais cru l'urètre capable de les recevoir sans violence, crainte, il faut en convenir, qui s'est trop souvent réalisée.

Il y a la sonde de volume ordinaire pour le cas où l'urètre conserve son calibre, de petites sondes lorsqu'il est rétréci, et de très-grosses sondes lorsque les petites ne peuvent pas passer bien entendu, dit M. Mayor. A part ceux du chirurgien de Lausanne, ces instruments sont de différents calibres, répondant aux cas divers qui peuvent se présenter; ils sont assortis, comme on dit, ou ils augmentent par nuances qu'on appelle des numéros, excepté les sondes Mayor, qui laissent entre elles et les sondes ordinaires un grand hiatus. En posant ce principe, que la sonde doit être proportionnée en dimension au calibre de l'urètre, c'était indiquer que le volume de l'instrument doit croître avec l'âge, comme le canal qu'il est destiné à parcourir. On avait un *gradomètre*, une petite plaque percée de douze petits trous progressivement croissant, depuis le volume de la plus petite sonde jusqu'à la plus grosse, trous qui correspondaient à douze numéros. Cette innovation, qui avait pour but d'apporter plus de précision dans la désignation du volume de l'instrument est tombée en désuétude pour deux raisons : d'abord parce que chacun a voulu avoir son *gradomètre*, ce qui n'a plus laissé les numéros comparables; ensuite parce que dans la pratique une simple approximation suffit.

d. Direction de la sonde. En s'en rapportant aux renseignements peut-être incomplets, il est vrai, qu'on trouve dans l'histoire de la science, la sonde, d'abord à deux courbures, en a perdu une, l'antérieure, puis enfin la courbure postérieure ou vésicale, pour devenir un tube entièrement droit.

La sonde à double courbure, la sonde en S, qui fut de nouveau inventée plus tard par J.-L. Petit, est celle des anciens, puisqu'elle a été retrouvée dans les ruines de Pompéia. Lassus l'a vue dans le Musée de Portici, près de Naples. Elle est

en bronze, et, chose remarquable, elle a la forme, la longueur et le diamètre de celle de Petit : elle n'en diffère qu'en ce qu'au lieu d'avoir deux ouvertures latérales à son bec, elle n'en a qu'une, placée sur la concavité. Nous reparlerons de cette sonde qui a été abandonnée.

La sonde généralement usitée aujourd'hui n'a qu'une seule courbure située, comme on sait, à son extrémité vésicale. Cette courbure est plus ou moins ouverte, plus ou moins brusque; c'est là ce qui constitue les variétés auxquelles leurs auteurs tiennent le plus.

Selon Chopart, la courbure doit occuper le tiers de la sonde et représenter le segment d'un cercle de six pouces (seize centimètres) de diamètre. C'était la sonde ordinaire jusqu'à ces derniers temps.

« Celle de M. Mercier est formée d'une tige métallique de cinq à six millimètres de diamètre, longue de trente-cinq centimètres environ, droite dans presque toute sa longueur, courbée à angle presque droit (cent à cent dix degrés), à douze ou seize millimètres de son extrémité vésicale... Ce cathéter est un peu plus difficile à introduire que les algalies ordinaires; mais dans les cas d'obstacle au col de la vessie, on est bien plus sûr de le faire pénétrer dans ce réservoir et de ne point faire fausse route. » (Mercier, *Valvules du col de la vessie*, p. 174.)

La courbure de la sonde de M. Leroy-d'Étiolles est un peu moins brusque et a un peu plus de longueur que celle de M. Mercier. « Selon moi, dit M. Vidal de Cassis, la courbure de la sonde doit être telle que l'axe du bec décrive un angle droit avec une ligne fictive, qui continuerait en bas la partie droite de la sonde. » (*Pathologie externe*, t. v, p. 255.)

Chopart parle de sondes droites, mais droites comme celles des femmes c'est-à-dire courbes à l'extrémité vésicale, et il ajoute que, pour certains hommes qu'on parviendrait à sonder avec cet instrument, elle devrait être légèrement recourbée du côté de son pavillon, en sens contraire à celui de son bec. Cette sonde, dont parle ainsi Chopart (t. ii, p. 211) comme en passant, n'était qu'une sonde presque droite.

Lieutaud avait bien assuré qu'on pouvait parvenir à la vessie avec une sonde droite; un auteur italien en a représenté aussi de parfaitement droites; mais il est vrai de dire que ce sont les recherches de M. Amussat sur l'urètre et ses expériences qui ont attiré l'attention sur ce fait, qui a eu, comme on sait, une grande influence sur l'établissement de la lithotritie. Ajoutons, pour être juste, que, depuis l'emploi des lithotriteurs courbes, les sondes droites retombent dans l'oubli d'où les avait tirées M. Amussat.

Il semblerait qu'il ne faut que des sondes courbes et des sondes droites; eh bien ! il y en a une qui n'est ni courbe ni droite, ou qui est l'un ou l'autre à volonté : c'est la *sonde à réclinaison* de M. Leroy-d'Étiolles, dont nous avons donné la description plus haut (voyez *Maladies de la prostate*, BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN, t. III). A l'aide d'une vis de rappel, placée au pavillon, le bec se forme ou s'efface.

e. Extrémités de la sonde. L'extrémité externe porte le nom de *pavillon*. Elle est munie ordinairement sur les côtés de deux anneaux destinés à indiquer la direction du bec, et à fixer l'instrument. Nous verrons par quoi cette disposition, qui n'existe que dans les sondes métalliques, est remplacée dans celles de caoutchouc. Le pavillon est quelquefois garni d'un robinet qui est utile, dans l'exploration de la vessie, pour faire la recherche successivement le réservoir plein ou vide, et pour que le courant de l'urine amène le calcul sur le bec de l'instrument. Dans la sonde à injection ce robinet est garni de linge en dedans, afin que la canule de la seringue s'y adapte plus exactement.

L'extrémité vésicale de la sonde, ou son *bec*, est arrondie pour glisser facilement sur la muqueuse urinaire sans la blesser. Elle est percée de deux ouvertures, ce sont les *yeux* de la sonde, placés latéralement et à une distance inégale du bout de l'instrument. La sonde des anciens avait un œil unique qui était sur la concavité; quelques praticiens le préfèrent sur la convexité; enfin on l'a mis au bout de l'instrument; mais alors, pour l'introduction, il fallait munir la sonde d'un mandrin terminé par un renflement, sorte d'obturateur ou d'embout

qui rappelle celui du speculum. On croirait peut-être qu'après avoir placé les yeux de la sonde en dessus, en dessous, sur les côtés et au bout, il ne resterait plus rien à inventer sous ce rapport; eh bien! on se tromperait : on a placé les yeux de la sonde tout autour de son bec, en les faisant très-multipliés et très-petits; le bec représente alors une sorte d'arrosoir.

S'il fallait faire un choix entre choses à peu près indifférentes, ce serait la disposition des anciens que nous préférerions, la concavité de l'instrument y étant moins exposée à se boucher par les parois vésicales et par les matières accumulées au fond du réservoir, caillots, etc.

La sonde à double courant, pour les irrigations (Jules Cloquet), est cloisonnée comme un fusil double.

f. Composition de la sonde. Les anciens ne se servaient que de sondes métalliques qui avaient le grave inconvénient d'être inflexibles. Les métaux qu'on emploie aujourd'hui à la fabrication des sondes sont ceux qui réunissent la solidité physique à l'inaltérabilité chimique, double propriété qui permet de donner moins d'épaisseur aux parois de l'instrument et de le conserver sans qu'il se détériore sensiblement. Les métaux usités sont l'argent, le platine et l'or, mais surtout l'argent. M. Mayor se sert de l'étain. Le métal dont était fait le cathéter des anciens est le bronze, alliage peu résistant et qui ne permettait de donner à l'instrument qu'un petit calibre; inconvénient peu considérable dans les cas ordinaires, mais qui pouvait devenir très-sérieux dans d'autres, lorsque surtout il s'agissait d'extraire des caillots, des graviers, etc., du réservoir urinaire.

Mais le défaut capital de ces sondes métalliques était leur inflexibilité, si nuisible, si dangereuse lorsqu'il fallait les laisser à demeure dans le canal.

Après bien des essais, on a trouvé les sondes de gomme élastique, dont M. Vidal fait ainsi l'histoire et la description.

« Je ne pourrais dire si on connaît l'auteur des sondes élastiques construites avec un fil d'argent aplati tourné en spiral. Roncalus s'en attribua l'invention et voulut faire disparaître les imperfections qu'elles présentaient en les recouvrant d'une forte étoffe de soie collée avec un mélange de cire et de résine. Mais ces sondes de Roncalus ne valent pas celles qu'employait le praticien dont parle Sabatier : après avoir couvert le spirale d'argent d'un parchemin qu'il faisait adhérer avec la colle-forte il tournait par-dessus un fil de soie non torse, qu'il maintenait avec de la cire fondue; ensuite il plongeait la sonde dans l'emplâtre de Nuremberg liquéfié, la laissait sécher et l'égalisait en la roulant entre ses doigts.

» Telles étaient les sondes dont on se servait avant l'heureuse invention des sondes dites de gomme élastique ou de caoutchouc. Déjà Macquer était parvenu à dissoudre cette substance au moyen de l'éther; il conçut alors l'idée d'en faire des sondes (1); mais il paraît que ce procédé ne fut pas suivi et que Macquer lui-même ne fit point fabriquer ses sondes; c'est l'orfèvre Bernard qui, ayant bien étudié les propriétés du caoutchouc, imagina un procédé au moyen duquel il lui était possible de donner différentes formes à cette gomme, en faire des enduits sur du taffetas, sur des tissus de soie, de poil de chèvre, afin de fabriquer certains instruments de chirurgie. Les premières sondes de Bernard avaient encore pour charpente le fil d'argent tourné en spirale; mais cet habile artiste adopta bientôt le meilleur système, et il supprima tout emploi de matériaux métalliques. Une tresse, un tissu de soie ou de poil de chèvre très-fin, voilà le seul appui qu'il donnait à la gomme élastique. Cependant Bernard devait faire usage d'autres substances, et même il est à présumer qu'il n'employait le caoutchouc que dans de très-petites proportions; sans cela ses sondes eussent été moins flexibles, et elles se seraient plus facilement éraillées. Quand le tissu qui fait la charpente de la sonde a été brûlé, cet instrument se brise facilement. M. Dupuytren a observé cinq cas de rupture de sondes élastiques; il a été obligé de pratiquer la taille chez quatre de ses malades. Bé-

(1) Voyez les Mémoires de l'Académie des sciences, an. 1768.

clard s'est trouvé une fois dans la même nécessité (1).

» Mais tous les jours on perfectionne les sondes, et on est parvenu à en obtenir d'excellentes. On les appelle toujours sondes de gomme élastique, de caoutchouc; et cependant, il faut le dire, cette substance n'entre pour rien dans la fabrication des sondes. Quelques fabricants l'essaient encore dans de faibles proportions; mais il est reconnu qu'alors les sondes sont plus dures, plus difficiles à polir et plus promptes à se gercer. La véritable pâte des sondes est l'huile siccative; il en est qui ne contiennent aucune autre substance. Et, pour le dire en passant, les bout de sein, les canules, les pessaires et presque tous les instruments élastiques qu'on croit être composés avec le caoutchouc, ne sont formés que par l'huile en question. Pour les sondes, il y a un inconvénient à n'employer que cette seule substance : car elle ne résiste pas assez à l'action de l'urine; il vaut mieux la combiner avec certaines résines. On obtient alors des sondes d'un poli parfait. Le copal, la térébenthine réussissent le mieux. C'est en expérimentant avec ces dernières substances et d'autres que M. Depruneau est parvenu à découvrir les procédés de tous les fabricants; car on saura que chaque fabricant a son procédé qu'il cache comme un secret. M. Depruneau a employé le goudron avec le plus grand avantage ; mais il vient de l'abandonner pour une combinaison qui donnera, selon lui, des résultats beaucoup plus satisfaisants.

» Voici une manière de fabriquer les sondes flexibles :

» On couvre d'abord un mandrin d'un tissu tressé, soit à la main, soit à la mécanique; on passe ce tissu sous un rouleau pour en faire disparaître les inégalités; puis les extrémités sont fermées avec une ligature ou de la colle, afin de former l'extrémité du *bec*. Il faut alors appliquer une couche de la composition adoptée; le tout est exposé à l'étuve, dont la température ne doit pas être trop élevée. Lorsque cette première couche est sèche, on en passe une seconde; puis une troisième, jusqu'à ce que le tissu soit recouvert. Avec une pierre-ponce, il faut enlever les filaments et les inégalités. Ce premier poli donné, on applique de nouvelles couches; on revient à la pierre-ponce, puis encore au vernis, jusqu'à ce que la sonde ait assez d'épaisseur et de consistance pour que le cylindre ne s'affaisse pas lorsqu'on le courbe. Ce résultat obtenu, on laisse sécher; un dernier poli est donné avec la même pierre, qu'il faut ensuite remplacer par un charbon imbibé d'huile, et on termine avec un morceau de serge. Cette opération, qui paraît assez simple, exige cependant beaucoup de soins; car l'omission du moindre détail peut compromettre le résultat. » (Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, t. v, p. 236.)

Quelle que soit la souplesse d'une sonde droite introduite dans l'urètre, elle tend à se redresser par son élasticité, et fatigue le canal, en proportion du ressort qu'elle conserve. C'était donc rendre un véritable service que de donner tout d'abord à la sonde élastique la forme et la courbure du canal auquel elle devait s'adapter. C'est ce qu'a fait Everard Home en conseillant de tisser le canevas de la sonde sur un mandrin courbe; il apprit ainsi à fabriquer d'excellentes sondes à *courbure fixe*, qui ont encore sur les sondes droites l'avantage de ne pas se plisser, se rider sur un mandrin courbe. Il y a dans le commerce des sondes à courbure fixe qui ne méritent pas ce nom, parce que, faites d'un canevas cylindrique, elles ne tardent pas à se redresser. Ce sont tout simplement des sondes droites qu'on munit d'un mandrin courbe sur lequel on les chauffe et sur lequel on les laisse refroidir. Les pharmaciens ne prennent pas même la peine de les chauffer; ils les laissent tout bonnement un certain temps sur le mandrin à froid. Il est important d'être prévenu de cette fraude qu'on reconnaît à la moindre résistance de la sonde au redressement. La véritable sonde à courbure fixe se briserait plutôt que de permettre le redressement de sa courbure, tandis que l'autre, la pseudo-sonde à courbure fixe, s'y prête pour ainsi dire

(1) Voyez le Rapport fait par M. Duval à la Société de la Faculté de médecine, 29 juill. 1819.

d'elle-même. Il faut d'autant plus se mettre en garde contre cet industrialisme que le prix de la sonde élastique droite n'est que le tiers de celui de la sonde élastique à courbure fixe.

Lorsque d'ailleurs une sonde élastique, quelle qu'en soit la forme, est de mauvaise qualité, on s'en aperçoit aux écailles qui se soulèvent quand on la courbe, à son élongation quand on tire dessus par les deux bouts en sens opposé.

Manœuvre de la sonde. En traitant des affections de la prostate, des rétrécissements de l'urètre, en un mot, des lésions diverses qui produisent un obstacle mécanique et organique à l'issue de l'urine, nous avons exposé en détail les manières variées d'introduire l'instrument évacuateur dans le réservoir urinaire. Nous avons également fait connaître le cathétérisme explorateur. Nous ne pouvons donc décrire ici que les principes généraux du cathétérisme lorsque l'urètre est libre, en nous bornant à rappeler brièvement la marche à suivre dans le cas où le canal est bouché, dévié, comprimé, et en renvoyant aux articles où elle est longuement tracée.

L'indication du cathétérisme peut donc se présenter dans deux conditions différentes :

1° L'urètre est libre et dans l'état normal ; on ne pratique le cathétérisme que pour évacuer la vessie ou pour l'explorer, comme dans la rétention par distension excessive de ses fibres, comme dans la pierre. C'est à ce premier point de vue qu'on doit envisager la description générale de l'opération en partant de l'état sain pour passer à l'état morbide, du cathétérisme facile pour arriver au cathétérisme difficile ; en procédant enfin du simple au composé.

2° Il y a dans l'urètre un obstacle mécanique au cours de l'urine. C'est le côté difficile de la question.

Cathétérisme dans le cas où l'urètre est libre. Nous avons vu qu'on le pratique avec une sonde courbe ou avec une sonde droite. Nous avons donc à décrire successivement le cathétérisme curviligne et le cathétérisme rectiligne.

a. *Cathétérisme curviligne.* C'est le plus généralement et presque le seul usité.

1° *Position du malade et de l'opérateur.* Le malade peut être debout, appuyé contre un meuble, les cuisses légèrement écartées, placé en travers sur le bord du lit, les membres inférieurs un peu écartés et fléchis, et les pieds reposant sur deux chaises, enfin, et c'est la position la plus commode et presque universellement adoptée.

Dans le premier cas le chirurgien s'assied devant le malade et appuie ses genoux contre les siens pour l'empêcher de les fléchir sous l'influence de la douleur ou de l'appréhension ; dans le second, qui est préférable dans certaines circonstances, le chirurgien se place entre les jambes du malade ; dans le troisième, il se met debout au côté droit ou le plus ordinairement au côté gauche du sujet, suivant la manière dont il veut tenir la sonde.

2° *Manière de tenir la sonde.* On réchauffe d'abord l'instrument en le frottant avec un morceau de linge, ce qui est plus simple que de le plonger dans l'eau tiède, qu'on n'a pas toujours à sa disposition, et plus commode, car on n'est pas obligé de l'essuyer pour l'enduire ensuite d'un corps gras. La sonde ainsi chaude et graissée d'huile ou de cérat, on peut la tenir de deux manières : entre le pouce, l'indicateur et le médius, le pavillon appuyé dans la paume de la main, c'est-à-dire à la manière dont on tient le trois-quarts ; ou bien on la tient comme une plume à écrire, ce que nous préférons et ce qui est le plus communément suivi, par la raison que cette position de la main sur l'instrument est conservée jusqu'à ce qu'on soit arrivé dans la vessie. Au contraire, si on tient la sonde comme un trois-quarts, on est obligé, quand la partie libre de l'urètre est parcourue, de substituer à cette position celle de la plume à écrire. Nous n'attachons pas, bien entendu, une importance exagérée à ces légères nuances ; mais, quel que soit le degré de supériorité d'un procédé sur un autre, si faible qu'il soit, il faut toujours s'habituer au meilleur.

Premier temps du cathétérisme curvi-

ligne. Ce premier temps consiste à pénétrer dans l'urètre et à en parcourir la partie mobile. Pour indiquer la manœuvre, nous supposons le cas le plus ordinaire, c'est-à-dire celui où le chirurgien est placé à gauche de son malade. De la main gauche on saisit la verge entre le médius et l'annulaire, ou entre l'annulaire et l'auriculaire, puis, avec le pouce et l'indicateur, on écarte l'une de l'autre les deux lèvres du méat urinaire, tandis que la main droite y présente le bec de la sonde. Une fois engagée dans le canal on l'y fait avancer lentement par une pression douce jusqu'à la courbure sous-pubienne, en tenant la partie droite de l'instrument parallèle à la ligne blanche. A mesure que le bec de l'instrument s'engage sous l'arcade pubienne, on en abaisse la pointe, mais si doucement qu'il semble que la main ne fait qu'accompagner la sonde au lieu de la diriger. C'est dans ce temps de l'opération qu'il est convenable surtout d'exercer une légère traction sur la verge afin d'effacer le plus de la membrane muqueuse. Quoiqu'on ait beaucoup critiqué le précepte de Ledran, qui veut que la verge et la sonde s'avancent l'une sur l'autre, par la traction de l'une et la pression de l'autre, c'est encore ce qu'il y a de mieux et de plus pratique.

Nous venons de décrire la manière ordinaire d'exécuter le premier temps, c'est-à-dire en engageant et en faisant marcher la sonde la concavité tournée vers l'arcade pubienne ; il y a une autre manière qu'on appelle le *tour de maître*, et qui consiste à tourner la convexité de l'instrument vers l'arcade, et à la faire avancer dans l'urètre jusqu'à la courbure du canal. Que le tour de maître soit une invention du charlatanisme, ce qui n'est guère contestable, ou soit le fruit d'une de ces imaginations secondaires, dont l'ambition est satisfaite quand elles ont fait autrement que les autres, toujours est-il que le tour de maître réussit quelquefois quand on a échoué en suivant la marche ordinaire.

« Je me rappellerai toujours un vieillard qui était dans le service de M. Velpeau, pendant que je dirigeais par intérim ce service : plusieurs praticiens, plusieurs élèves avaient tenté inutilement le procédé ordinaire de cathétérisme ; j'avais moi-même échoué plusieurs fois, et, comme la rétention d'urine compromettait les jours du malade, je voulus pratiquer la boutonnière. Pour cela je me plaçai et plaçai le malade comme pour la taille périnéale. Ne voulant pas changer de place pour introduire le cathéter, je fis le tour de maître qui, à mon grand étonnement, réussit ; c'est-à-dire que le cathéter arriva dans la vessie. Je le retirai immédiatement et exécutai la même manœuvre avec une sonde ayant la même courbure, et qui évacua l'urine. » (Vidal de Cassis, *loco cit.*, t. v, p. 244.)

Une fois le bec de l'instrument arrivé au bulbe, on en ramène la concavité vers l'arcade pubienne et le reste de l'opération s'exécute comme dans la manière ordinaire.

Deuxième temps du cathétérisme curviligne. Il consiste à franchir la courbure du canal pour arriver dans la vessie.

« On ne doit changer la direction du pavillon de la sonde pour la ramener à la ligne horizontale, qu'au moment où le bec longe ou parcourt l'angle de la symphyse pubienne. Si on le relève trop tôt, le bec va butter contre les masses ligamenteuses qui fixent l'urètre, et ne pénètre point. Si, au contraire, on pousse la sonde trop loin avant d'en relever l'extrémité oculaire, elle pousse devant elle la paroi inférieure de l'urètre, à l'endroit où le canal change de direction, sous l'arcade pubienne, au point d'union entre les parties bulbeuses et membraneuses.

» Ces deux écueils sont ceux qu'il importe surtout d'éviter. Mais il est souvent bien plus difficile d'y échapper qu'on ne pense et que ne sembleraient le faire croire les aperçus systématiques de la théorie. On a vu des praticiens, d'ailleurs fort habiles, ne pouvoir franchir la courbure, même dans des cas où il n'existait aucun rétrécissement, et, quoique le fait paraisse à peine croyable, on ne saurait le révoquer en doute.

» Le meilleur moyen d'apprécier les difficultés et de les écarter, consiste à les

examiner l'une après l'autre, en commençant par les moins grandes.

» Je viens de dire que des chirurgiens habiles se trouvaient arrêtés à la courbure, soit parce que le bec de la sonde butte contre la symphyse pubienne, soit parce qu'étant poussé trop loin, il entraîne devant lui un repli de la membrane muqueuse. Ce qui contribue encore à accroître la difficulté dans ce cas, c'est que, la partie bulbeuse étant très-large et fort dilatable, le bec peut s'appliquer plus ou moins loin du centre du canal ; de plus, celui-ci devenant brusquement fort étroit, en même temps qu'il change de direction et qu'il se fixe plus ou moins, l'instrument peut aisément déprimer davantage le point contre lequel il butte, et y déterminer la formation d'un cul-de-sac qui l'empêche de suivre la véritable direction.

» Des difficultés d'un autre genre naissent des variations, beaucoup trop négligées, que présentent, d'une part, la hauteur de l'arcade pubienne, et, de l'autre, le ligament triangulaire destiné à tenir la verge plus ou moins rapprochée des pubis. Or ces variations sont nombreuses, et un praticien exercé doit s'attacher à les reconnaître avant l'opération, afin de modifier son procédé en conséquence de celles qu'il pourrait découvrir. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 1re part., p. 246.)

On sent qu'on est arrivé dans la vessie, à l'issue de l'urine par la sonde, et à la facilité qu'on a d'imprimer des mouvements de rotation à l'instrument.

Mais ces deux caractères n'existent que lorsque la vessie est pleine ; dans le cas où l'on pratiquerait le cathétérisme explorateur, il est donc important de ne pas le faire à vide, ou au moins de ne pas faire l'introduction de la sonde la vessie ne contenant pas d'urine. Car lorsque la vessie est hypertrophiée et un peu irritable elle étreint la sonde et s'oppose au mouvement de rotation de son bec. Heureusement dans les cas difficiles, il y a rétention d'urine ; et ceux qui ne réclament que le cathétérisme explorateur sont loin d'être aussi pressants. Mais il y a bien des erreurs possibles, et il est advenu que ne s'apercevant pas qu'on était dans le réservoir urinaire on l'a perforé avec la sonde. Charles Bell cite même un cas où la vessie, doublement perforée, communiquait à la fois avec le péritoine et avec le rectum. Il est probable que l'apothicaire qui commit cet accident, avait pris une suppression d'urine pour une rétention. Ce malheur est arrivé à d'autres, et les auteurs en rapportent plusieurs exemples. Il faut cependant avouer qu'il est très-rare. Quand on est arrivé dans la vessie, et que l'urine jaillit par la sonde, il faut retirer l'instrument jusqu'à ce que le jet s'arrête, puis on ne le fait rentrer dans la vessie que juste ce qu'il faut pour que l'écoulement du liquide recommence. Cette précaution est importante pour deux raisons : d'abord, si le bec de la sonde fait une saillie trop considérable dans la vessie, les yeux étant bientôt au-dessus du niveau du liquide, surtout si le pavillon est abaissé, comme cela a ordinairement lieu à ce moment pour faciliter l'écoulement et la direction de l'urine, l'écoulement cessera, et si l'on n'est prévenu de cette circonstance on pourra retirer la sonde sans avoir vidé le réservoir complétement. L'autre raison est plus importante, mais ne s'applique qu'au cas où l'on veut laisser la sonde à demeure ; on voit que nous voulons parler de la perforation de la vessie par la pression prolongée du bec de l'instrument contre la paroi postérieure du viscère.

C'est principalement en vue d'éviter cet accident, que J.-L. Petit a préconisé la sonde en S. Nous croyons que le lecteur nous saura gré de lui mettre sous les yeux ce qu'a dit l'illustre chirurgien de la sonde des Grecs ; J.-L. Petit n'avait fait que l'imaginer de nouveau. La manière de l'introduire est essentiellement la même que pour la sonde à une seule courbure.

« Avant de sonder pour la rétention d'urine, il faut prévoir s'il sera nécessaire de laisser la sonde dans la vessie ; parce que, s'il faut la laisser, on doit sonder avec une sonde en S. C'est le moyen d'éviter la douleur, d'épargner beaucoup de gêne au malade, et

nombre d'accidents funestes qui peuvent survenir ; on sonde aussi facilement avec cette sonde qu'avec la sonde qui n'a qu'une courbure ; et, les urines s'étant écoulées, on laisse la sonde ; or, si l'on s'était servi d'une sonde ordinaire, il faudrait la retirer pour introduire une sonde en S, ce qui serait double manœuvre, et par conséquent double douleur. Mais, dira-t-on, on peut bien laisser cette même sonde, quoiqu'elle ne soit pas courbée en S : il est vrai ; mais il faut la tenir dans cette situation par quatre rubans de fil qui, deux par-devant et deux par-derrière, sont liés et terminés à une bande ou ruban circulaire au-dessus des hanches, et tiennent cette sonde assujettie de manière qu'elle est toujours appuyée sur les mêmes endroits de la vessie, qu'elle ne peut manquer de blesser à la longue ; au lieu que la sonde en S se tient d'elle-même, elle n'a pas besoin de liens, et c'est un grand avantage. Avec cette sonde le malade peut se tourner à droite et à gauche, se lever, s'asseoir dans un fauteuil pendant que l'on fait son lit, et même pendant plusieurs heures ; enfin il peut marcher, retourner à son lit, et se recoucher lui-même sans déranger la sonde ; au lieu que, avec la sonde ordinaire, le malade est obligé de garder scrupuleusement la même place, tout incommode et fatigante qu'elle est, et, pour peu qu'il se remue pour prendre une position moins gênante, l'ébranlement qu'il donne à la sonde lui cause beaucoup de douleur ; il ne peut prendre d'autre situation que celle d'être couché sur le dos, ayant les jambes et les cuisses pliées du côté du ventre. On est même obligé de passer sous ses jarrets un coussin long et étroit, en forme de rondin ou traversin rempli de crin ou de paille d'avoine pour soutenir les jambes dans cette attitude ; et même on se sert d'un archet ou d'un chapeau renversé pour empêcher la couverture de son lit d'approcher de la sonde, qui fait saillie et s'élève presque perpendiculairement ; au lieu que la sonde en S, au moyen de sa double courbure, couchée horizontalement sur le scrotum, son extrémité tournée plutôt en bas qu'en haut, fait si peu de saillie que le malade, quoique couché sur le dos, ses jambes étant allongées, la sonde reste pour ainsi dire cachée entre les deux cuisses, et l'on peut étendre sur lui sa couverture sans craindre qu'elle touche à la sonde : ce qui évite au malade la cruelle gêne de se tenir sur le dos, et lui procure au contraire la liberté de se mouvoir avec facilité, et celle de se lever même, et de marcher, comme j'ai dit ci-dessus.

» Pour que la sonde en S se tienne d'elle-même il faut que la portion qui entre dans la vessie, décrive la courbure d'un plus grand cercle afin que le bout n'approche point l'os pubis ; il faut aussi que la même portion de la sonde soit moins pesante que celle qui est au dehors ; celle-ci doit même être elliptique, je veux dire qu'elle doit cesser d'être courbe à trois travers de doigt près de son bout, n'étant pas nécessaire qu'elle le soit dans toute la partie de l'urètre, qui est depuis le ligament de la verge jusqu'au bout du gland ; mais, pour que la portion extérieure pèse plus que celle qui est dans la vessie, il faut qu'elle soit un peu plus longue et terminée par un collet épais d'une ligne et d'environ trois lignes de largeur, ce qui en augmente le poids. Si ces deux courbes étaient de même pesanteur, elles seraient en équilibre, et la sonde pourrait indifféremment rester dans la vessie ou en sortir ; mais ce poids, joint à celui de la verge, qui pèse sur le bout extérieur de la sonde, le faisant baisser, le bout intérieur sera relevé et retenu dans la vessie.

» Ces avantages ne sont pas les seuls qu'ait la sonde en S sur la sonde ordinaire ; son bout extérieur, couché sur le scrotum, est tourné vers le bas, ce qui donne de la pente aux urines, et la facilité de mettre ce bout de sonde dans un urinal ou autre vaisseau pour les recevoir, de manière que le malade n'en est point mouillé ; au contraire la sonde ordinaire, ayant son bout extérieur plus élevé, pour que les urines sortent, elles sont obligées de monter contre leur propre poids, et il faut baisser la sonde pour conduire l'urine dans l'urinal : ce qui ne peut se faire sans en répandre sur les bourses, quelque soin que l'on prenne,

et sans causer quelquefois des douleurs à la vessie. Il y a plus, la sonde en S n'étant point liée, elle obéit, de manière que les mouvements que le malade peut lui communiquer, en se retournant dans son lit, en se levant et marchant même, sont si doux qu'ils ne peuvent lui être préjudiciables; au contraire ils lui sont utiles en ce qu'ils ne font que changer la sonde de place, de sorte qu'elle n'appuie pas assidument sur les mêmes endroits, qui, par cette raison, ne peuvent point en être blessés. Il n'en est pas de même de la sonde ordinaire; celle-ci, fixée par quatre cordons, n'obéit point aux mouvements dont il s'agit, et, ne changeant point de place, elle touche assidument et durement les mêmes parties de la vessie, elle les meurtrit et les excorie : mais c'est bien pis quand involontairement le malade tousse, crache, mouche, éternue; et, s'il lui survient quelques nausées ou vomissements, les secousses redoublées que ces accidents donnent à la sonde fatiguent considérablement la vessie, l'inflammation augmente, la gangrène ne tarde pas à survenir, et la sonde enfin perce la vessie, comme je l'ai vu arriver quelquefois. » (J.-L. Petit, *Maladies chirurgicales,* p. 776, édition compacte.)

Aujourd'hui, excepté dans les cas difficiles où l'on est obligé de laisser dans l'urètre la sonde métallique qui a servi au cathétérisme forcé, encore la remplace-t-on bientôt, aujourd'hui, disons-nous, on ne laisse plus à demeure que la sonde de gomme élastique. On la fixe par quatre cordons attachés à un suspensoir, de la manière que nous avons indiquée à l'article des *rétrécissements de l'urètre.* (Voyez Bibliothèque du médecin-praticien, t. iv.)

Mais il y a une précaution sur laquelle nous ne saurions trop insister, c'est celle de ne pas abandonner dans l'urètre un instrument de gomme élastique, surtout s'il est très-souple et très-flexible, sans l'assujettir. Il ne faut pas même toujours se reposer de ce soin sur le malade, qui, ignorant le danger auquel il s'expose, peut oublier de tenir l'instrument. Alors, il n'arrive pas toujours sans doute, mais il peut arriver que la sonde ou la bougie soit avalée par l'urètre et parvienne dans la vessie, ou au moins s'enfonce dans le canal hors la portée des moyens ordinaires d'extraction. Cet accident peut survenir par la contraction du canal ou par son allongement dans l'érection. Dans ce cas, sans que l'instrument s'enfonce, la verge s'allonge sur lui et le cache ainsi que nous le verrons dans le fait suivant, où l'auteur a eu soin de signaler ce mécanisme.

Obs. 4. « *Quarante ans*; *plusieurs blennorrhagies*; *difficulté d'uriner*; *traitement par la dilatation*; *trente-huit cautérisations avec le porte-caustique droit*; *persistance de la maladie*; *un rétrécissement à cinq pouces et demi, en bas*; *application du nitrate d'argent avec la sonde à cautériser courbe*; *guérison complète en quatorze jours*; *nouvelle blennorrhagie*; *nouveaux rétrécissements, un à deux pouces et demi*, *un autre à trois pouces un quart*, *un troisième à cinq pouces et demi, en haut*; *quatre cautérisations*; *rétablissement du diamètre naturel de l'urètre*; *divers accidents.*

Un négociant de Paris, âgé de quarante ans, bilieux et fortement constitué, avait eu plusieurs blennorrhagies. Il venait d'être traité, pour un écoulement avec dysurie, par deux chirurgiens fort connus; l'un l'avait soumis à la dilatation, et l'autre à la cautérisation. Celui-ci, d'après le récit, lui avait donné des soins pendant trois mois, et appliqué le nitrate d'argent trente-huit fois. Cependant le cours des urines était embarrassé et l'écoulement persistait : le malade vint me trouver.

» Je commençai par m'assurer que l'urètre n'était pas libre, à l'aide d'une bougie emplastique. Puis, je présentai une sonde exploratrice sur l'obstacle, à cinq pouces et demi; elle revint avec une empreinte. La forme de cette empreinte, la profondeur de l'obstacle et les renseignements obtenus sur la manière dont on avait procédé à la cautérisation, me firent penser que le nitrate d'argent pouvait bien n'avoir agi que devant l'obstacle : on s'était servi du porte-caustique droit de Ducamp.

» Je pris une sonde à cautériser courbe,

et, par son moyen, je fis pénétrer sans peine le nitrate d'argent dans la coarctation. Trois jours après, le 23 juin 1825, une sonde exploratrice passa facilement jusqu'à la vessie. Je lui fis succéder une bougie de cire de trois lignes de diamètre. Les jours suivants, je continuai la dilatation. Le 27, elle était à quatre lignes et un quart. L'élévation de ce degré ne doit pas étonner ; le pénis était volumineux, et l'urètre est plus large qu'on ne le croit généralement.

» Les dimensions de ce canal ici donnèrent lieu à un incident que je dois rapporter. Je venais d'introduire une bougie nº 15 ; le malade ne voulut point que je la liasse, que je nouasse un fil de coton à son extrémité externe, comme je le fais habituellement. Il prétendait qu'elle était assez grosse pour ne pas se déplacer. Je passai dans une autre pièce ; lui se mit à lire et oublia la bougie. Quand je revins, vingt minutes après, elle avait disparu. La verge s'était développée outre mesure, avait couvert tout l'instrument, s'était étendue en deçà, l'avait dépassé de quelques lignes. Je pus le retirer sans peine avec de simples pinces à pansement.

» Cette circonstance ne causa aucun retard dans la guérison : le 29, le malade allait très-bien, urinait largement ; il restait seulement une légère blennorrhée. Le 4 juillet, l'excrétion des urines et la sécrétion de l'urètre se faisaient absolument comme dans l'état normal. Je continuai encore, pendant une dizaine de jours, à introduire des bougies à des intervalles de plus en plus longs.

» Ce malade jouissait d'une santé parfaite depuis sept à huit mois, quand il fut pris d'une blennorrhagie intense, à la suite d'un coït impur. Son médecin ordinaire, M. Colson, l'un de nos praticiens les plus éclairés et les plus prudents, le traita méthodiquement. Malgré cela, le cours des urines se trouva de nouveau embarrassé ; des signes évidents de rétrécissement de l'urètre se manifestèrent. Dans cet état de choses, M. le docteur Colson m'engagea à examiner ce malade. Voici ce que nous observâmes le 10 mai 1825 :

» Une petite sonde exploratrice s'arrêta à cinq pouces. Il en fut de même d'une bougie de gomme élastique et d'une de cire. Une sonde exploratrice d'un volume ordinaire ne pénétra qu'à deux pouces et demi, et donna une empreinte. Une autre sonde exploratrice plus petite et courbée arriva à cinq pouces et demi, et, par une empreinte, indiqua un rétrécissement en haut. Celui que j'avais détruit précédemment au même point était dans un sens opposé, en bas. Nous nous demandâmes si cette opposition ne serait qu'illusoire, si la courbure naturelle de la sonde n'aurait point déterminé une modification dans l'empreinte. Une autre sonde exploratrice droite passa avec effort au premier rétrécissement, et prit la même forme sur le second. Nous laissâmes reposer le malade pendant deux jours.

» Le 12, nous prîmes une nouvelle empreinte à deux pouces et demi. Elle fut parfaitement semblable à celle qui avait été obtenue précédemment sur ce point ; j'appliquai le caustique circulairement, mais plus particulièrement en haut. M. Colson était présent à cette opération.

» Le 15, une sonde exploratrice passa sur le premier rétrécissement et arriva au second ; mais avec un peu de peine. Quand elle fut sortie, nous vîmes que la cire avait été refoulée presque en totalité, et que le premier rétrécissement n'était pas détruit complétement. Je présentai une sonde exploratrice plus forte, et j'obtins une empreinte à deux pouces trois quarts ; nous nous décidâmes à cautériser. Dans ce but, nous laissâmes reposer le malade pendant une demi-heure. Pendant ce temps, une eschare très-longue se détacha ; la cautérisation fut différée.

» Le 16, je pris une nouvelle empreinte à deux pouces trois quarts ; j'opérai sur ce point avec le porte-caustique de Ducamp.

» Le 18, la sonde exploratrice arriva à cinq pouces et demi et donna la même empreinte que le 10. Nous voulûmes, pour assurer la cautérisation, faire pénétrer une petite bougie dans le rétrécissement ; elle ne passa pas d'abord, mais nous parvînmes à la faire entrer en profitant d'un instant où le malade urinait.

J'introduisis ensuite la sonde à cautériser courbe, disposée de manière à la faire agir en haut. Une première application ne fut suivie d'aucun résultat; le caustique ne se fondit pas. Je reportai de nouveau l'instrument sur l'obstacle, et la cautérisation eut lieu. Entre ces deux introductions le malade eut une forte érection. C'est un incident qui s'est montré souvent dans ce traitement, comme dans le précédent, et qui annonçait une grande irritabilité de l'urètre.

« Le 21, le 22 et le 23, je me bornai à passer des bougies emplastiques, dans le but de ne point cautériser sans une nécessité absolue.

» Le 26, la sonde exploratrice pénétra jusqu'à la vessie, quoiqu'elle fût sans mandrin. Nous ne fîmes rien.

» Le 28, la dilatation marchait bien; néanmoins, le malade ayant quelques doutes sur l'efficacité de ce moyen, je procédai à un nouvel examen de l'urètre. Une sonde exploratrice ordinaire passa avec un peu d'effort à trois pouces et demi, puis très-facilement à cinq pouces. Une sonde exploratrice plus forte fut arrêtée à trois pouces et demi et ramena une empreinte circulaire. Je cédai au désir du malade : je cautérisai sur ce point avec la sonde de Ducamp. Cette opération ne fit pas souffrir. Elle fut pratiquée avec une cuiller large et courbe.

» Le 2 juin, la sonde exploratrice parvint au delà du second obstacle : je la retirai sans la faire pénétrer jusqu'à la vessie. L'introduction de tout corps dans le col de ce viscère causait de la douleur et déterminait une érection immédiate.

» Nous pûmes nous assurer, par cet examen, qu'il ne restait plus aucune trace de rétrécissement sur les parties cautérisées, et croire à une guérison parfaite.

» J'ai dit que le passage de tout corps sur le col de la vessie était douloureux et amenait une érection : il paraît qu'il existait un commencement d'irritation dans cette partie. Quelques jours après, il survint des accidents inflammatoires. M. Colson fut obligé, pour les combattre, de recourir aux antiphlogistiques, et particulièrement aux saignées locales.

» Cette observation fournit matière à plusieurs réflexions.

» Un rétrécissement qui, siégeant dans la partie courbe de l'urètre, avait résisté d'abord à la dilatation, puis à la cautérisation répétée trente-huit fois avec le porte-caustique droit, a cédé à une seule application du nitrate d'argent faite avec une sonde à cautériser courbe. C'est une preuve que, pour agir sur les coarctations profondes, le dernier instrument est préférable au premier.

» L'écoulement opiniâtre dont le malade était atteint a disparu avec la coarctation et la difficulté d'uriner. Ainsi on a un fait de plus en faveur de la cautérisation opposée aux blennorrhées qui dépendent des rétrécissements organiques.

» La récidive des coarctations avait été précédée d'une nouvelle blennorrhagie, et les obstacles étaient situés ailleurs que celui que j'avais attaqué d'abord. Il n'y a donc pas eu, chez ce malade, reproduction du rétrécissement détruit par le nitrate d'argent.

» Une bougie de cire, qui éprouvait de la difficulté à s'engager dans un rétrécissement, a passé avec facilité dans un instant où l'excrétion de l'urine s'effectuait. Ce mode de cathétérisme m'a souvent réussi; on peut y recourir avec avantage dans les cas où l'on a de la peine à pénétrer dans une coarctation.

» L'introduction de la bougie jusqu'à la vessie a été constamment suivie d'une forte érection. Cet effet se manifeste fréquemment. Il s'explique par les rapports qu'établit la bougie, et particulièrement par son contact avec les orifices des conduits éjaculateurs. Il fait pressentir les inconvénients des sondes laissées en place, et montre que, chez les sujets très-irritables, on ferait bien de n'enfoncer les bougies que jusque dans les parties qu'on veut dilater, et surtout de les maintenir toujours en deçà de la portion prostatique de l'urètre.

» Une bougie de fort diamètre a été, dans un moment d'érection, dépassée par le gland; elle a disparu dans l'urètre. Cet incident, auquel pourtant il a été facile de remédier, démontre la nécessité de fixer toujours un lien à l'extrémité externe des bougies

» Enfin, quelques symptômes inflammatoires se sont développés sur la fin du dernier traitement. Ceci annonce que la méthode que nous avons mise en usage n'est pas exempte d'inconvénients. Mais qu'on examine bien l'ordre des faits, et l'on remarquera que les accidents inflammatoires observés dans ce cas se lient moins à la cautérisation elle-même qu'à la dilatation qui l'a suivie. » (Ségalas, *Traité des rétentions d'urine et des maladies qu'elles produisent*, p. 412.)

L'on n'est pas toujours assez heureux pour opérer de suite l'extraction de l'instrument, qui peut gagner la vessie, comme nous en avons vu bien des exemples ailleurs (voy. BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN, t. III, article *Corps étrangers dans la vessie*), ou au moins obliger le chirurgien à pratiquer la boutonnière.

OBS. 5. *Cinquante-sept ans, plusieurs blennorrhagies pendant la jeunesse; affection dartreuse; traitement prolongé d'un rétrécissement de l'urètre par la dilatation; rétention d'urine complète; rétablissement immédiat du cours des urines par l'introduction d'une bougie fort mince; empreinte très-fine sur un premier rétrécissement, à trois pouces; cautérisation, avec amélioration très-sensible; incision de l'urètre, nécessitée par l'arrêt d'une bougie dans ce canal; introduction et séjour des sondes; issue libre des urines; une année après, blennorrhée; plus tard, dysurie; nouveau traitement; quatre cautérisations; sirop sudorifique; guérison.*

» Un ancien marchand de vin, âgé de cinquante-sept ans, vint, le 6 avril 1824, réclamer mes soins pour une rétention d'urine. Il était sanguin, nerveux, faible, sujet, depuis longues années, à une affection dartreuse. Il avait été atteint de plusieurs blennorrhagies dans sa jeunesse, et soumis à l'usage des bougies, par M. Souberbielle, dans le but de remédier à un rétrécissement de l'urètre. Il vivait sobrement et en famille.

» L'exploration me fit connaître l'existence d'un rétrécissement à trois pouces. La sonde exploratrice était sortie avec une empreinte très-fine; je pris un conducteur, et, par son secours, une bougie très-mince passa facilement jusqu'à la vessie. Après trois minutes de séjour, cet instrument fut retiré, dans un moment où le malade éprouvait un besoin pressant d'uriner; l'excrétion se fit par un jet très-délié, mais soutenu; le malade fut soulagé immédiatement. Je me bornai à l'emploi des moyens hygiéniques propres à calmer l'irritation. Le lendemain le malade se sentait bien; le cours des urines était assez libre.

» Le 8, l'état général était très-bon. Les urines continuaient à sortir comme à l'ordinaire par un jet très-fin; je pris une nouvelle empreinte : elle fut semblable à la première. Cette exploration ne fit pas souffrir; j'appliquai à l'instant même le caustique.

» Le 11, le malade urinait assez bien; néanmoins, avant de porter une sonde exploratrice dans le canal, j'y introduisis une petite bougie, et j'employai pour cela un conducteur. La manœuvre était dirigée de manière à faire rester la bougie en deçà du méat. Cependant le malade ayant, par un mouvement brusque de flexion, porté le bassin en arrière et le corps en avant, le pénis se trouva recourbé, allongé et la bougie fut perdue de vue. J'étais dans la maison du malade; le seul instrument approprié à cet accident que j'eusse sur moi était une pince à pansement; je m'en servis avec le soin d'exercer, par le périnée, une compression sur l'urètre, et d'empêcher ainsi la répulsion du corps étranger vers la vessie. Mais, soit que la liberté de l'urètre eût permis à la bougie de marcher en obéissant à son poids, soit que le col de la vessie l'eût, par ses contractions, fait avancer dans le canal; soit que ces deux causes se fussent réunies à l'extrême ténuité de ce corps pour le soustraire à mes recherches, les tentatives d'extraction furent vaines.

» Dès lors l'accident me parut assez grave pour demander à partager la responsabilité de ses suites avec un chirurgien de premier ordre. M. le professeur Roux fut appelé; et le soir, cinq heures après la disparition de la bougie, je pus m'éclairer des lumières de cet habile praticien. Il fut d'avis d'inciser l'urètre dans

sa portion membraneuse, et d'aller chercher le corps étranger par cette voie. Le malade n'urinait pas ; je cédai à ce conseil : l'opération fut exécutée immédiatement, et la bougie extraite avec facilité.

» Dans la nuit, les urines passèrent par la plaie. Le lendemain, une petite sonde fut placée à demeure ; bientôt, une plus grosse la remplaça, et huit jours après, une n° 14 entra sans effort. Mais son séjour commençait à fatiguer, je la retirai. Les urines sortirent par la voie naturelle. Peu de jours après, la plaie était cicatrisée ; il y avait eu mouvement fébrile dans le premier temps, et, plus tard, une grande débilité des extrémités inférieures ; le malade fut obligé de garder la chambre durant plusieurs semaines. Cependant le cours des urines se faisait avec liberté : je bornai là le traitement ; je donnai seulement le conseil d'introduire une bougie au moins une fois par mois.

» Malgré cette précaution, le jet de l'urine alla en diminuant par degrés, et déjà sa finesse était extrême, quand, le 17 mai 1826, deux années après le premier traitement, le malade vint de nouveau réclamer mes soins. Il avait, depuis une année, un écoulement presque continuel, et, depuis quelques jours, le prépuce était le siége de deux petits ulcères. Le malade les pansait avec un onguent dont il se servait habituellement contre ses dartres ; et disait que par ce seul moyen, il avait fait cicatriser, trois mois avant, plusieurs ulcères. Je ne connais point la composition de cet onguent ; c'est un des mille et un médicaments secrets que le charlatanisme oppose aux affections herpétiques.

» Une bougie n° 2 passa jusqu'à la vessie, après avoir été arrêtée à quatre pouces et un quart ; je la laissai en place pendant quelques minutes ; je voulus ensuite lui substituer une sonde exploratrice d'un moyen calibre ; elle eut quelque difficulté à entrer au méat, elle ne put le franchir qu'après avoir subi une réduction considérable à sa tête. Une fois engagée dans le canal, elle pénétra librement jusqu'à quatre pouces et un quart ; mais elle y rencontra un obstacle, et produisit de la douleur. En sortant, elle offrit une empreinte. L'état du prépuce me fit différer la cautérisation ; je prescrivis des sucs d'herbe, du petit-lait, des bains, et commandai l'introduction d'une petite bougie tous les deux ou trois jours.

» Une semaine et demie après, le 29, les ulcères du prépuce étaient cicatrisés. Je pris une nouvelle empreinte ; elle se trouva semblable à la précédente. L'état général du malade était très-bon. J'appliquai le nitrate d'argent, après avoir eu la précaution habituelle de passer une bougie pour frayer le chemin. Je fis continuer le petit-lait, les sucs d'herbes et les bains ; une boisson émulsive leur fut associée.

» Le 1er juin, les urines allaient bien ; mais le malade était enrhumé : je ne fis rien.

» Le 2, une petite bougie de cire fut introduite d'abord ; puis une exploration donna une empreinte. Je repassai la bougie, et je cautérisai cinq minutes après. La première fois la cautérisation avait été indolente ; ici elle détermina une légère douleur.

» Dans la soirée, le cours des urines se trouva suspendu pendant une demi-heure ; mais il suffit d'un lavement pour le rétablir.

» Le 6, le malade se sentait bien ; une bougie n° 5 entra avec facilité, puis une n° 6 fut arrêtée : je pris une empreinte, à quatre pouces et un tiers ; j'appliquai le caustique.

» Le 9, je commençai la dilatation : elle marcha bien d'abord ; mais le 24, elle n'était arrivée qu'au n° 10, et la bougie fut étranglée. J'explorai de nouveau, j'eus une empreinte à quatre pouces et demi ; je cautérisai.

» Le 27, j'introduisis une bougie n° 10 ; elle ne fut pas étreinte. Le 28, une n° 11 ne le fut pas davantage. Le 29, une sonde exploratrice pénétra facilement jusqu'à la vessie et sortit avec une empreinte, je continuai la dilatation.

» Huit jours après, elle était parvenue à son terme. Je mis plus d'intervalle entre les introductions des bougies, et j'ordonnai l'usage d'un sirop sudorifique. J'y ajoutai quatre grains de deuto-chlo-

rure de mercure par livre, de manière à faire prendre un quart de grain de ce sel chaque jour.

» Le 20 juillet, on ne se servait plus de la bougie que tous les huit jours; l'écoulement avait disparu, les urines sortaient librement, l'état du malade était très-satisfaisant: il n'a pas changé depuis.

» La récidive, dans ce cas, est-elle due à ce que la première cautérisation avait été insuffisante? ou bien reconnaît-elle pour cause l'affection dartreuse, affection portée à un très-haut degré? Cette dernière hypothèse me semble très-probable.

» Dans tous les cas, on a dû remarquer que le rétrécissement attaqué, dans ce second traitement, était un pouce et un quart plus loin que celui qui avait été brûlé deux années avant. Ainsi, cette observation, qui montre l'insuffisance de la dilatation, ne prouve rien contre la cautérisation : loin de là, elle fait voir la promptitude avec laquelle le nitrate d'argent combat les rétrécissements de l'urètre. » (Ségalas, *Traité des rétentions d'urine et des maladies qu'elles produisent*, page 317.)

Il n'y a que les hommes d'un mérite réellement distingué qui racontent ainsi franchement les accidents qui leur arrivent, pour apprendre aux autres les leçons de l'expérience.

Les sondes élastiques, munies d'un mandrin s'introduisent comme les algalies; sans mandrin, il suffit de donner une direction convenable à leur courbure, quand elles en ont une, et de presser doucement. Sans courbure ou droites c'est encore plus simple, il n'y a qu'à engager l'instrument comme une bougie et à le faire marcher lentement.

Quant au cathétérisme dans les cas d'obstacle mécanique au cours de l'urine, nous renvoyons aux articles Hypertrophie de la prostate, Rétrécissements de l'urètre, etc., on y trouvera décrits en détail les divers instruments, sondes, bougies, usités, ainsi que les préceptes relatifs à leur choix et à leur introduction, etc.

Nous dirons seulement ici, qu'après avoir passé une bougie fine dans un rétrécissement très-étroit; si alors le besoin d'uriner se manifeste sans que l'urine s'échappe à côté de l'instrument, il faut le retirer et il arrive que le liquide sort après lui.

Obs. 6. « *Rétention complète.* M. Devier, âgé de trente-deux ans, eut, à l'âge de dix-sept ans, une gonorrhée qui se dissipa après trois semaines de traitement. A l'âge de vingt-neuf ans, il y a trois ans, il contracta une nouvelle blennorrhagie qui persista avec beaucoup d'intensité durant trois mois, et pendant ce temps il rendit souvent du sang par l'urètre. Cette gonorrhée se dissipa à la longue, mais l'écoulement reparut par intervalles; il aurait même été une fois assez fort pour faire croire à une nouvelle blennorrhagie, si le malade se fût exposé à la contracter. Depuis ce nouvel écoulement, M. Devier reconnut que ses urines sortaient par un jet moins fort, bifurqué et tournoyant, lequel diminua progressivement. Il en fut de même de la quantité d'urine qu'il rendait à la fois.

» M. Devier était dans cet état lorsqu'il fut inopinément atteint d'une rétention complète dans le mois de décembre 1821. Malgré les efforts les plus douloureux et les plus répétés, il fut six heures sans pouvoir rendre une goutte d'urine. Il prit des demi-bains, des lavements, une tisane nitrée, et les urines coulèrent, mais avec beaucoup de difficulté. Il prit sans succès divers médicaments.

» Il continua à uriner avec peine, et très-peu à la fois, jusqu'au 19 février. Il urina comme à l'ordinaire dans la matinée; mais il ne put rendre une goutte d'urine depuis deux heures jusqu'à sept; ayant dans cet intervalle eu recours aux demi-bains et aux lavements, il rendit quelques cuillerées d'urine : il en rendit à plusieurs reprises dans la nuit, mais il ne le fit qu'avec beaucoup de peine et de grandes douleurs. A six heures du matin, il fit de vains efforts pour uriner, et depuis ce moment il répéta à chaque instant ces efforts, et toujours aussi infructueusement, jusqu'à onze heures du matin que j'arrivai près de lui. Je pris une bougie fine, et je parvins à la faire pénétrer jusque dans la vessie. Le malade accusa une douleur vive lorsque la bougie franchit le rétrécissement : un fort besoin d'uriner se fit bientôt sentir, je retirai

alors la bougie, et l'urine sortit par un jet petit, mais fort et bien soutenu. Le malade rendit à peu près deux verres d'urine et se sentit soulagé. Je lui prescrivis des demi-bains, des demi-lavements, une boisson émolliente, le repos et la diète. Je le revis dans la soirée, il avait à plusieurs reprises rendu de l'urine, mais avec peine. J'introduisis une bougie très-souple ; elle fut gardée pendant demi-heure. Dès ce moment les urines sortirent avec plus de facilité. Une bougie recouverte de cire à mouler fut mise le lendemain et gardée pendant demi-heure ; elle portait, lorsqu'elle fut retirée, une rainure de deux lignes d'étendue.

» Le 22, je reconnus un rétrécissement à quatre pouces du méat urinaire ; je voulus en prendre l'empreinte avec une sonde n° 9, elle fut arrêtée à un pouce et demi de profondeur ; je la retirai, et je pris l'empreinte avec une sonde n° 7, qui fut un peu retenue à un pouce et demi et à deux pouces, où il existait de très-légères coarctations. L'ouverture du rétrécissement étant au centre, je fis une application circulaire de deux lignes d'étendue.

» Je revis le malade le 24, il urinait sensiblement mieux ; il y avait quelques fragments d'eschare dans les urines que contenait son vase de nuit. Je passai sans peine et sans causer de douleur une assez forte bougie, que je retirai aussitôt.

» Le 25, le malade urina devant moi par un jet fort, aussi gros qu'une plume de canard ; je pris une empreinte, et, trouvant encore un bourrelet assez prononcé intérieurement, je fis une légère application dans ce sens.

» Le 28, le jet des urines était presque naturel ; je passai sans difficulté une sonde n° 6.

» Le 1er mars, je dilatai le canal avec un dilatateur de trois lignes ; je le remplaçai par une bougie de deux lignes et demie de diamètre.

» Le 3, je mis un second dilatateur et je le remplaçai par une bougie de trois lignes. Le malade la remit matin et soir le jour suivant.

» Le 5, même opération.

» Le 8, le dilatateur de quatre lignes et demie de diamètre fut introduit et je le remplaçai par une bougie de trois lignes et demie. Cette bougie portait en sortant du canal une rainure circulaire. Je pensai d'abord que le rétrécissement que j'avais cautérisé l'avait produite, mais en examinant la chose avec plus d'attention je vis que cette rainure existait à un pouce au delà du point de la bougie qui devait se trouver en rapport avec le lieu qu'occupait le rétrécissement.

» Le 10, je remis le même dilatateur et une bougie un peu plus forte. Le 12, je mis une bougie de quatre lignes de diamètre ; elle portait en sortant une rainure comme les bougies mises précédemment.

» Je dilatai le canal deux fois encore, et le malade mit la bougie à ventre pendant plusieurs jours.

» M. Devier jouit aujourd'hui d'une bonne santé, et la bougie de quatre lignes passe comme immédiatement après le traitement. La coarctation qui existait à cinq pouces, et qui produisait une dépression sur la bougie, n'était pas assez prononcée pour que je pusse y appliquer le caustique : il se pourrait toutefois que, par la suite, elle fît des progrès et qu'elle nécessitât l'emploi de ce moyen. » (Ducamp, *Traité des rétentions d'urine*, page 267.)

Si tous les moyens employés pour évacuer les urines par la voie naturelle ont échoué, il n'y a plus d'hésitation possible qu'entre deux opérations : la boutonnière et la ponction de la vessie. Nous avons donné ailleurs leurs indications respectives (voy. BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN, articles *Hypertrophie de la prostate* et *Rétrécissements de l'urètre*, t. IV) il ne nous reste ici qu'à en donner le manuel opératoire.

Opération de la boutonnière. Un cathéter est introduit dans l'urètre et maintenu par un aide contre l'obstacle. Le chirurgien fait une incision au raphé et va à la recherche de la portion membraneuse de l'urètre, qu'il ouvre largement ; il arrive au conducteur que l'aide retire un peu. Alors le chirurgien s'occupe à découvrir l'urètre au fond de la plaie, ordonne au malade de faire un effort pour uriner. Si l'urine jaillit, le chirurgien introduit un stylet cannelé dans

l'orifice, qui lui livre passage, qu'il va facilement agrandir sur ce conducteur. Si la rétention est complète, l'opérateur incise la partie dilatée de l'urètre, lorsqu'elle fait saillie, et lorsqu'il n'y a point de dilatation appréciable on n'a plus de guide que l'anatomie; et alors il faut se bien tenir sur la ligne médiane. L'obstacle incisé, on passe une sonde sur laquelle on réunit les deux lèvres de la plaie.

Ponction de la vessie. La ponction de la vessie se pratique par l'urètre, le périnée, le rectum et l'hypogastre.

a. *Ponction de la vessie par l'urètre.* — *Procédé de Lafaye.* Astruc avait une rétention d'urine attribuée à un gonflement situé vers le col de la vessie; c'était probablement une hypertrophie prostatique. Après avoir échoué par les moyens ordinaires de cathétérisme, Lafaye prit une algalie courbe ouverte à ses deux extrémités et contenant un stylet à dard. La pointe du stylet rentre dans l'instrument. Lafaye introduit cet instrument dans l'urètre jusqu'à l'obstacle et place le doigt dans le rectum pour servir de conducteur; alors le dard est enfoncé à travers l'obstacle et la sonde poussée en même temps dans la direction du col de la vessie, dans la cavité de laquelle elle pénètre. Le mandrin retiré, l'urine est évacuée.

Voici, d'ailleurs, ce fait curieux:

Obs. 7. « Astruc, après avoir éprouvé long-temps des difficultés d'uriner, eut une rétention complète d'urine. Il fit prier Lafaye de venir le sonder. Ce chirurgien, après plusieurs tentatives infructueuses avec des sondes de différent diamètre, jugea, par l'introduction du doigt dans le rectum et par la résistance que les sondes éprouvaient vers le col de la vessie, que l'obstacle provenait d'une tumeur située dans cette partie. Il se décida pour lors à le franchir par le procédé suivant: Il prit une algalie légèrement courbe, ouverte seulement par les deux extrémités, et qui contenait un stylet fort, ou mandrin d'argent, terminé extérieurement d'un côté par un anneau, et de l'autre par un dard ou poinçon triangulaire, qui excédait d'environ quatre lignes l'ouverture de l'algalie. Avant d'introduire la sonde dans l'urètre, il tint le mandrin retiré à peu près d'un pouce de l'extrémité interne de cet instrument, et il eut soin de ne point agir sur l'anneau du stylet pendant l'introduction de l'algalie dans ce canal La sonde étant parvenue à l'obstacle, Lafaye introduisit le doigt index profondément dans le rectum, pour la diriger vers la vessie et éviter de la porter entre la prostate et cet intestin; puis il poussa le mandrin jusqu'à cet obstacle, et, voyant que l'anneau du stylet n'excédait plus le niveau de l'ouverture externe de la sonde qu'à peu près de la longueur du dard, ou de quatre lignes, il l'enfonça avec force, et portant en même temps la sonde dans la direction du col de la vessie, il traversa les parties rénitentes et parvint dans la cavité de ce viscère: ce qu'il reconnut par le défaut de résistance que la sonde éprouva, et par une espèce de liberté dont jouit alors le bout interne de cet instrument. Le mandrin étant retiré, il s'écoula par la sonde beaucoup d'urine. On assujettit cet instrument et on ne le retira qu'au bout de quinze jours. Lafaye en substitua un autre d'un plus gros diamètre; et lorsque les urines commencèrent à s'écouler entre la sonde et l'urètre, il ne l'introduisit plus que le matin et le soir pour vider entièrement la vessie. Enfin Astruc put s'abstenir pendant quelque temps de l'usage de l'algalie. De nouvelles rétentions d'urine survinrent. Il n'y avait que Lafaye qui pût y remédier. Il se servait d'une sonde ordinaire. Quand elle était parvenue au col de la vessie, il la dirigeait du côté gauche; seule route que l'on pouvait suivre pour pénétrer dans ce viscère. Astruc vécut encore dix années, sujet à des difficultés d'uriner et obligé d'avoir souvent recours à la sonde. Après sa mort, sa vessie fut ouverte. Lafaye y trouva un fongus sarcomateux, dur, rénitent, de la grosseur du poing, dont les deux tiers se voyaient dans la cavité de ce viscère et l'autre tiers s'étendait dans le col vers le verumontanum. Il vit la route qu'il avait faite avec la sonde sur la partie latérale gauche de cette tumeur, et par laquelle les urines s'écoulaient.

» Le succès que Lafaye a obtenu par le moyen de la sonde à dard pourrait déterminer les jeunes chirurgiens à se servir de cet instrument, lorsqu'ils ne parviendraient point à franchir avec l'algalie ordinaire les obstacles qui s'opposeraient à son introduction dans la vessie. Il convient de leur indiquer les principaux inconvénients de cette sonde. Elle exige une force d'impulsion presque aussi grande que celle qui est nécessaire pour faire pénétrer l'algalie mousse à travers les obstacles du col de la vessie. Si elle n'est pas employée par une main très-exercée au cathétérisme, et si l'on s'écarte de la direction du canal urinaire, la déviation du dard hors de la route convenable peut causer des accidents fâcheux, en blessant des faisceaux d'intestins, et en favorisant l'infiltration et l'épanchement de l'urine dans le bassin; et le chirurgien expérimenté qui conduit cette sonde jusque dans la vessie, n'a-t-il pas à craindre de l'y enfoncer trop avant et de percer les parois de ce viscère? Comme ce dard, en forme de poinçon triangulaire à sa pointe, est vissé ou soudé à l'extrémité du stylet de la sonde, ne serait-ce pas un accident bien malheureux que, se cassant ou se séparant du stylet pendant le temps de son introduction, il restât fiché dans les parties qu'on se proposait de traverser? Ces inconvénients ont sans doute éloigné les chirurgiens de l'usage de la sonde à dard. Ils préfèrent avec raison l'algalie mousse, grêle, et d'une telle épaisseur de parois qu'elle ne plie pas contre les obstacles du canal urinaire : mais, pour employer cette espèce d'algalie, il faut une grande expérience et une longue habitude de sonder; il faut aussi être éclairé des lumières de l'anatomie pour suivre la direction du col vésical, laquelle varie souvent par l'état pathologique de l'urètre, par les tumeurs de la prostate ou des parties voisines, par des fongus situés vers le sphincter de la vessie, et par la rétention de l'urine dans ce viscère. Ces dispositions vicieuses rendent quelquefois impraticable l'introduction de l'algalie, ou, si on la force de pénétrer dans la vessie, il peut s'ensuivre des accidents sinistres. Je crois devoir rapporter ici quelques faits qui me sont propres. » (Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires*, t. II, p. 86.)

Nous avons dit (voy. *Rétrécissements de l'urètre*, Bibliothèque du médecin-praticien, tome IV), comment M. Leroy-d'Étiolles a perfectionné la sonde trois-quarts de Lafaye. La ponction de la vessie à travers la prostate n'est donc pas une opération nouvelle.

b. *Ponction de la vessie par le rectum.— Procédé de Fleurant.* Le malade placé comme dans la taille périnéale, le chirurgien introduit le doigt indicateur gauche le plus profondément possible pour parvenir à la tumeur que forme la vessie distendue. Ajoutons que dans certaines hypertrophies de la prostate, il ne faut pas espérer d'atteindre cette limite, et c'est cette raison qui fait dans ce cas rejeter à Brodie la ponction par le rectum. Un trois-quarts courbe de neuf centimètres de longueur dont on a retiré le poinçon de manière à en cacher entièrement la pointe dans la canule, est tenu de la main droite et glissé le long de l'indicateur placé dans le rectum. La convexité de l'instrument appuie sur ce doigt. Quand l'extrémité de la canule est parvenue au delà du bout de ce doigt, et qu'elle touche la paroi antérieure du rectum, on pousse le manche du trois-quarts pour en faire saillir la pointe; et en même temps on fait entrer la tige et la canule réunies dans la vessie, de la longueur de trois centimètres au-dessus de la prostate, entre les vésicules séminales. On retire alors successivement le doigt indicateur et le poinçon, et l'urine s'écoule par la canule. La vessie vidée, on fixe la canule avec des rubans de fil passés dans les ouvertures de son pavillon et attachés de devant en arrière à un bandage de corps. On la bouche avec un fausset.

c. *Ponction de la vessie par le périnée.* « La ponction de la vessie par le périnée se pratique avec un trois-quarts droit long de sept à huit pouces. Le malade, couché horizontalement, les jambes et les cuisses fléchies, est fixé par des aides comme dans l'opération de la taille. Un aide comprime légèrement la vessie à la région hypogastrique avec une main, et

relève les bourses avec l'autre main. Le chirurgien, placé entre les cuisses du malade, applique le doigt indicateur de la main gauche sur le côté du raphé, entre l'urètre et la branche de l'ischion, à trois ou quatre lignes au-devant de l'anus, pour tendre le périnée et diriger plus sûrement la pointe du trois-quarts; ou bien il met ce doigt dans le rectum pour éloigner cet intestin autant que possible du lieu où se fait la ponction. Il prend le trois-quarts de la main droite et en porte la pointe sur le milieu d'une ligne qui, partant de la tubérosité de l'ischion, se terminerait au raphé, deux lignes au-devant de la marge de l'anus. Il enfonce d'abord l'instrument parallèlement à l'axe du corps; il en dirige ensuite un peu la pointe en dedans pour percer la partie du bas-fond de la vessie comprise entre la base de la prostate et l'insertion de l'urètre. La sortie de quelques gouttes d'urine qui s'échappent le long de la canule du trois-quarts et le défaut de résistance indiquent qu'il est entré dans la vessie. Alors, sans l'enfoncer plus avant, on retire le poinçon pendant qu'on tient la canule de la main gauche. L'urine s'écoule, et lorsque la vessie est complétement vidée, on bouche la canule et on la fixe aux sous-cuisses d'un bandage en double T. Les parties que le trois-quarts traverse dans cette opération sont la peau, beaucoup de tissu cellulaire graisseux, le muscle releveur de l'anus et le bas-fond de la vessie, près de son col.

» La ponction de la vessie par le périnée serait peut-être plus sûre si l'on faisait d'abord une incision profonde à cette partie, comme dans la taille latérale, et si on ne plongeait le trois-quarts dans la vessie qu'après s'être bien assuré de sa position et avoir bien reconnu la fluctuation qu'elle présente, au moyen du doigt indicateur porté dans l'incision. Cette incision préliminaire procurerait un dégorgement sanguin et ensuite purulent, qui pourrait être salutaire pour l'affection qui a déterminé la rétention d'urine. Elle préviendrait aussi l'effet de l'infiltration de ce liquide, en lui livrant passage à mesure qu'il sortirait de la vessie.

» Cette ponction étant pratiquée dans l'endroit déclive de la vessie, a l'avantage de vider complétement ce viscère; mais cet avantage est contre-balancé par de graves et nombreux inconvénients : 1° elle exige une main beaucoup plus exercée que pour les deux autres espèces de ponction ; 2° on peut ouvrir les vaisseaux du périnée et blesser les nerfs qui les accompagnent ; 3° si le trois-quarts n'est pas enfoncé dans la direction convenable, on peut manquer son but ou ne l'atteindre qu'en traversant des parties dont la blessure peut donner lieu à des accidents graves : sa pointe dirigée en dehors peut glisser au côté externe de la vessie, comme Foubert, qui devait être très-exercé à cette opération, dit que cela lui est arrivé deux ou trois fois ; poussée en devant, elle peut passer entre ce viscère et le pubis; trop inclinée en dedans, traverser la prostate ; portée en arrière, blesser les conduits déférents, le rectum, la fin des uretères, les vésicules séminales ; 4° tant que la canule reste en place, le malade ne peut marcher ni rester assis : il est obligé de garder le lit. Ces inconvénients ont fait abandonner cette opération, qui d'ailleurs peut être contre-indiquée par des tumeurs ou d'autres affections très-fréquentes dans cet endroit à la suite de la rétention d'urine. » (Boyer, *Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent*, t. IX, p. 159.)

Si le malade est obligé de garder le lit, on peut tenir la sonde ouverte et la faire communiquer avec un urinal placé sous les fesses ; mais il est préférable de la boucher, il en résulte moins de gêne pour le sujet. Quand le malade a besoin d'aller à la selle, on relève peu à peu la canule, et on la soutient pendant la défécation. Enfin, dès que l'urine a repris son cours naturel on enlève la canule.

Après avoir fait le parallèle de la ponction périnéale avec le trois-quarts, et de l'incision de l'urètre avec le bistouri, M. Velpeau s'exprime en ces termes :

« Néanmoins, comme en pareil cas la vessie est fortement distendue, et que son conduit excréteur est presque constamment élargi derrière la coarctation,

si j'étais jamais dans la nécessité d'ouvrir une voie artificielle pour uriner, je me bornerais à chercher l'urètre, à lui faire une boutonnière entre le rétrécissement et l'anus, dussé-je comprendre le sommet de la prostate dans mon incision. Cette ouverture aurait le double avantage d'offrir un passage à la sonde, aux canules qu'on voudrait introduire dans la poche urinaire, et de permettre de s'occuper immédiatement du canal malade, d'arrière en avant. Ni plus ni moins dangereuse que l'incision lithotomique ordinaire, la boutonnière dont je parle l'est certainement moins que les autres espèces de ponction, et elle est de nature, si je ne me trompe, à les remplacer avec efficacité dans tous les cas où l'état morbide ou anormal du périnée ne s'oppose pas à ce qu'on attaque les voies urinaires par cette région. » (Velpeau, *Traité de médecine opératoire*, 2e édit., t. IV, p. 729.)

La ponction périnéale est si bien appréciée par le chirurgien de la Charité, que nous n'avons rien à ajouter à ses paroles.

d. *Ponction de la vessie par l'hypogastre.* La vessie pleine d'urine remonte derrière les muscles abdominaux en décollant le péritoine ; c'est sur cette double donnée anatomique, la saillie de la vessie remplie d'urine et l'absence du péritoine sur sa face antérieure lorsque l'organe est dans cet état, c'est sur cette donnée que se fonde la possibilité de la ponction de la vessie par-dessus le pubis.

On se sert, pour cette opération, du trois-quarts de frère Côme. Cet instrument, monté sur un manche taillé à pans, est long de dix centimètres (quatre pouces). Il offre une courbure d'environ un décimètre (trois pouces et demi) de rayon.

Le malade couché sur le côté droit du lit, la tête et la poitrine un peu élevées, les cuisses légèrement fléchies, le chirurgien se place du même côté, tend la peau avec le pouce et l'indicateur de la main gauche, et saisissant de la main droite le trois-quarts courbe il le présente la concavité tournée vers le pubis et le plonge perpendiculairement à l'axe du corps au bas et au milieu de la ligne blanche, à quatre centimètres (un pouce et demi) environ derrière la symphyse pubienne jusque dans le réservoir urinaire. Dès qu'on a pénétré dans la cavité du viscère on retire le poinçon et l'urine s'écoule par la canule. La vessie vidée, on met un fausset dans le pavillon de l'instrument qu'on fixe avec des rubans.

Il est inutile de répéter, car c'est une disposition qui s'applique à toutes les ponctions de la vessie, le précepte de n'enlever la canule qu'après le rétablissement du cours de l'urine par la voie naturelle, ou au moins après qu'on est parvenu à passer une sonde dans l'urètre. On débouche la canule d'heure en heure pour laisser couler l'urine, le malade ayant le soin de se pencher sur le côté.

En général, au bout de six à huit jours, le trajet est tapissé d'une membrane adventive qui s'oppose à l'infiltration de l'urine ; et alors on peut, sans craindre cet accident, retirer la canule.

« Malheureusement, dit M. Vidal de Cassis, ce trajet ne s'organise pas toujours d'une manière si complète et, après avoir enlevé la canule, l'urine s'infiltre dans le tissu cellulaire du bassin. Cet accident peut même se produire pendant la présence de la canule, car les bords de l'ouverture de la vessie ne s'appliquent pas toujours immédiatement sur cette canule.

» C'est pour éviter cette infiltration que je voudrais proposer ici le procédé dont il est question à la *taille en deux temps* : mais malheureusement, quand on se décide à ouvrir la vessie, le cas est urgent, on ne peut attendre que le tissu qui entoure cet organe soit ininfiltrable pour ouvrir ce même organe. Ainsi, je crois que pour être méthodique, et pour éviter autant que possible l'infiltration, on devrait d'abord inciser tous les tissus qui recouvrent la vessie, les cautériser, puis ouvrir cet organe. » (Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, t. V, p. 359.)

Nous ne répéterons point ici ce que nous avons dit ailleurs des indications de la ponction de la vessie, par les différentes voies que l'instrument du chirurgien sait s'ouvrir. Il nous suffira de

citer quelques lignes de M. Velpeau, qu'on devra avoir présentes à l'esprit en face d'un cas difficile.

« De même qu'il y aurait de la témérité à pratiquer la ponction de la vessie, sans une indication bien formelle, dans le cas de rétention d'urine par un simple spasme de l'urètre, par exemple, comme M. Racine en cite deux observations par ces prétendus rétrécissements spasmodiques que M. Holbroock n'a pas craint de signaler encore à l'attention des praticiens ; de même ce serait en aggraver le danger que de trop attendre. Chez un malade qui n'a pas uriné depuis vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures, la vessie distendue à l'extrême peut s'érailler ou se rompre. Les douleurs, la fièvre, le passage d'une partie de l'urine dans la circulation générale, mettent bientôt le malade dans un état assez alarmant pour que, dans de telles circonstances, rien ne puisse lui sauver la vie, ni prévenir une foule d'accidents dont elle n'aurait probablement pas été suivie quelques jours plus tôt. L'observation qui m'est propre et que je citerai tout à l'heure en est une nouvelle preuve. » (Voyez *Médecine opératoire*, 2e édit., t. IV, p. 756.)

Ce qui prouve bien qu'il ne faut pas se hâter de faire cette opération, que la plupart des praticiens les plus répandus n'ont pratiquée qu'une fois, et que les autres n'ont jamais pratiquée, c'est qu'il arrive qu'au moment où l'on va ouvrir une voie artificielle à l'urine, ce liquide sort spontanément par son canal naturel.

Obs. 8. « *Trente-huit ans ; trois blennorrhagies ; dysurie ; blennorrhée ; rétention d'urine complète ; préparatifs pour la ponction de la vessie ; issue spontanée des urines ; traitement par la dilatation ; récidive de la maladie ; deux rétrécissements, l'un très-fort à quatre pouces, l'autre très-long à cinq pouces ; quatorze cautérisations ; rétablissement du cours naturel de l'urine.*

» Le 18 septembre 1827, M. le docteur Manseau me confia un malade auquel il avait lui-même donné des soins précédemment. C'était un fabricant de flanelle, âgé de trente-huit ans et un peu lymphatique. Il avait eu trois blennorrhagies. Dès la première il avait éprouvé de la gêne dans le cours des urines, et, depuis la seconde, qui datait de dix ans, il était sujet à une blennorrhée continue. Il avait eu plusieurs rétentions d'urine complètes. L'une d'elles avait été prolongée au point de faire prendre le parti extrême de la ponction de la vessie ; mais, pendant les apprêts de l'opération, la nature se suffit elle-même, les urines se firent jour au dehors. Il y avait sept ans de cela ; le malade se trouvait à cette époque dans un village près de Mayence. Le traitement auquel, une année plus tard, il avait été soumis par M. Manseau, avec l'assentiment de M. Dupuytren, consistait dans l'emploi, d'abord intermittent, puis continu, de bougies emplastiques pendant un mois. Après ce traitement, le cours des urines s'était rétabli, et l'écoulement avait diminué, mais l'un ne tarda pas à se déranger, et l'autre devint bientôt plus fort que jamais.

» Dans le moment où ce malade vint me voir, il n'urinait plus que par un jet filiforme, et quelquefois même que par gouttes, et il lui fallait plus d'une demi-heure pour vider la vessie ; aussi était-il dans l'habitude de ne procéder à cette excrétion que dans des temps de repos le matin et le soir.

» J'examinai l'urètre devant M. Manseau : la sonde exploratrice ne put arriver que jusqu'à quatre pouces et un quart, et sortit avec une empreinte longue et très-déliée. Il y avait seize heures que le malade n'avait pas uriné ; je craignis une ischurie, et je cherchai, avec l'aide d'un conducteur, à passer une bougie très-mince dans la vessie. Arrêtée d'abord à cinq pouces, cette bougie finit par arriver au but, et lors de sa sortie, cinq minutes après, le malade rendit une grande quantité d'urine par un jet filiforme et prolongé.

» Le lendemain je commençai par l'introduction d'une bougie, puis je cautérisai.

» Le 22, la sonde exploratrice arriva à cinq pouces et me donna une empreinte. Je voulus cautériser avec l'instrument de

Ducamp; mais le stylet éprouva de la difficulté à s'engager dans le rétrécissement. Je dus renoncer à cet instrument. Je pris le porte-caustique modifié, et la cautérisation fut pratiquée sans difficulté, sous les yeux de M. le docteur Combes. Je cautérisai ensuite, le 26, à cinq pouces et un quart; le 29, à cinq pouces et demi; le 2 octobre, encore à cinq pouces et demi; le 5, le 8, le 11 et le 15, à cinq pouces trois quarts, toujours avec une amélioration sensible, mais faible.

» Le 18, j'eus une empreinte à ce même point, et j'y portai le caustique; puis je répétai cette opération sur la même partie le 22, le 26 et le 29.

» Le 3 novembre, la sonde exploratrice parvint à six pouces; je cautérisai et je mis une sonde à demeure.

» Le 6, la sonde exploratrice entra dans la vessie, et, le jour suivant, les bougies jaunes les plus fortes furent introduites facilement et retirées sans empreintes. Vers le milieu du mois, quand le malade partit pour sa fabrique, dans la Touraine, les urines sortaient largement; mais il restait encore un léger écoulement.

» La ponction de la vessie, dont le malade a été menacé, était-elle nécessaire? Non; puisqu'il a pu s'en passer. Que de fois cette opération a été pratiquée sans qu'il y eût plus d'urgence!

» Le premier rétrécissement était très-grand et a cédé à une seule cautérisation; le second, qui paraissait plus petit au premier abord, a exigé treize cautérisations. Cette différence tient évidemment à l'étendue de ce dernier rétrécissement, qui avait plus d'un pouce de longueur; il est à croire aussi qu'il était le plus ancien.

» Une cautérisation, tentée vainement avec le porte-caustique de Ducamp, a été exécutée facilement avec le porte-caustique modifié. Beaucoup de faits analogues établissent pour moi la supériorité de cet instrument pour attaquer les rétrécissements de la partie courbe de l'urètre.

» Il y a d'autres faits à noter dans cette observation : ce sont, la quantité d'urine que rendait le malade à chaque excrétion, la durée de cet acte et la faculté de le retarder à volonté : il paraît que la vessie, habituellement distendue, avait acquis de la capacité et perdu beaucoup de sa sensibilité. » (Ségalas, *Traité des rétentions d'urine et des maladies qu'elles produisent*, p. 606.)

§ III. Rétention d'urine dans l'urètre.

Lorsque l'urine est retenue dans l'urètre, elle est également retenue consécutivement dans la vessie, et comme c'est la rétention de l'urine dans son réservoir qui est à redouter, la maladie a pris le nom de rétention d'urine dans la vessie, excepté dans les cas où l'urètre est considérablement dilaté, ou encore lorsque l'obstacle se trouve très-près de son orifice externe. Pour se bien convaincre que c'est ainsi que l'entendent les chirurgiens, il suffit, d'une part, de se rappeler qu'on regarde comme une cause de rétention d'urine dans la vessie les rétrécissements organiques de l'urètre, quoique la rétention se fasse primitivement dans ce canal; et, d'autre part, que les auteurs, Chopart entre autres, ne décrivent sous le titre de rétention d'urine dans l'urètre que des cas où en même temps que l'obstacle siége dans ce canal les parois en sont élargies en poche. Lorsque l'obstacle se trouve près du gland, lors même qu'il n'y aurait pas de dilatation notable de l'urètre, c'est trop évidemment une rétention d'urine dans le canal, pour ne pas la présenter comme telle. C'est ce que nous ferons.

Chopart dit : « C'est cette maladie (la rétention d'urine dans l'urètre) dans laquelle l'urètre dilaté présente une poche où séjournent les urines. » Nous suivons la marche tracée devant nous; mais nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer ce qu'elle a de vicieux. En effet, cette poche, qui résulte de l'effort de l'urine sur les parois de l'urètre, ne devrait-elle pas être plutôt considérée comme une complication de la rétention d'urine dans ce canal, que comme le caractère essentiel de cette rétention? S'il est vrai que, lorsque le canal est ainsi dilaté, l'urine y est plus manifestement, plus considérablement retenue, la quantité de liquide n'est toujours qu'une circonstance secondaire.

Quoi qu'il en soit, nous sommes obligés de nous plier à l'usage et de décrire, comme une rétention d'urine dans l'urètre, ce qui n'en est qu'une complication.

Parmi les *causes* de la rétention d'urine dans l'urètre figurent réellement toutes celles qui ferment le canal sur un point quelconque à la manière d'un bouchon ou d'un diaphragme; comme l'imperforation dont il a été question ailleurs. Nous ne savons pourquoi Chopart, après la définition que nous avons citée, donne comme un exemple de rétention dans l'urètre, un cas où ce canal n'offrait pas de traces de dilatation, et où il était tout simplement d'une stricture excessive. C'était un vice de conformation qui portait sur toute sa longueur. Comme l'observation est intéressante par la lésion elle-même et par la manière dont elle fut guérie, nous allons la reproduire. Elle justifiera d'ailleurs la critique que nous avons faite de la place qu'elle occupe dans le livre de Chopart.

Obs. 9. « Un enfant, âgé de quatre ans, ne pouvait, depuis sa naissance, uriner qu'avec de grands efforts, et souvent en jetant des cris. L'urine sortait d'abord goutte à goutte, puis par un jet rapide et long, mais si délié qu'à peine il égalait la grosseur d'un fil. Le prépuce était si court qu'il paraissait manquer; le gland était à découvert, sans canal et comme fendu ou partagé en deux parties du côté du frein; l'urètre se terminait en cet endroit par une très-petite ouverture. M. Desault commença à donner ses soins à cet enfant en août 1784. Ne pouvant introduire dans le méat de l'urètre un stylet ordinaire, il en prit un aussi fin que celui dont on se sert pour les voies lacrymales : il l'enfonça d'un pouce, et ne put l'introduire plus avant. Le lendemain il le fit pénétrer davantage, et ainsi de jour en jour, jusqu'au col de la vessie. Cette introduction ne se faisait point sans douleur ni sans effusion de sang. Il se servit ensuite d'un stylet moins fin, puis d'une bougie de corde à boyau, dont il augmenta graduellement le diamètre. Il ôtait la bougie matin et soir, et laissait uriner l'enfant. Après un mois de ce traitement, le canal, un peu élargi, permit l'introduction d'une sonde fine de gomme élastique; il fallait la pousser avec force pour la faire pénétrer dans la vessie. La verge, qui était déjà gonflée, le devint davantage; l'enfant souffrit beaucoup par la présence de cette sonde; il s'écoula du sang, les urines sortirent avec moins de peine. L'usage de cet instrument fut continué pendant six semaines, en le renouvelant et l'augmentant de diamètre. Lorsque les urines commencèrent à couler entre l'urètre et la sonde, on ôta celle-ci; on ne la remit que de temps en temps; la cure fut achevée dans l'espace de trois mois. J'ai revu cet enfant en décembre 1785; il urina en ma présence, l'urine sortit avec facilité et à gros jet. » (Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires,* t. II, p. 203.)

En général, l'obstacle est plus rapproché du gland; mais il peut obstruer entièrement le canal. Dans les efforts que les enfants font pour uriner, la verge entre dans une demi-érection. On remédie à ce défaut de conformation en pratiquant d'abord avec la pointe d'un bistouri une petite incision au gland, suivant la direction du canal; on achève ensuite la perforation avec une aiguille ou un petit trois-quarts explorateur, puis on y passe une bougie.

Lorsqu'il existe une ouverture, si étroite qu'elle soit, on parvient à la dilater en y portant d'abord un stylet délié, auquel on substitue des bougies progressivement plus volumineuses.

Quant aux dilatations partielles de l'urètre, elles se forment derrière l'obstacle, quelle qu'en soit la nature, et l'on comprend qu'il en devait être ainsi; à cette condition cependant que la durée de l'obstacle se prolonge; car la formation de ces poches ne peut pas être instantanée : elle suppose ou elle exige des efforts plus ou moins répétés, comme, par exemple, derrière un calcul arrêté dans le canal, ainsi que cela eut lieu dans le cas suivant. C'est un très-bel exemple de rétention d'urine dans l'urètre; il appartient à J.-L. Petit.

Obs. 10. « Un jeune garçon, de dix-sept à dix-huit ans, me fut envoyé de province pour le guérir d'une rétention d'urine qui durait depuis sept ou huit

mois, chez lequel je vis une tumeur grosse comme le poing, placée au-devant du rectum, et s'étendant en devant jusqu'au scrotum, qui la recouvrait en partie; en pressant cette tumeur, il sortit par l'urètre une assez grande quantité d'urine pour me faire croire que c'était une hernie de vessie. Cette première idée fut détruite sur-le-champ, parce que la tumeur que je venais de vider fut dans l'instant remplie d'une pareille quantité d'urine, que j'évacuai de même en pressant la tumeur; mais s'étant remplie de nouveau, je portai l'algalie dans le canal et je sentis, un peu plus loin que la fosse naviculaire, une pierre qui ne me parut pas extrêmement dure, et qui, étant poussée plus loin, me donna la facilité de la surpasser et de porter ma sonde dans une cavité assez vaste, et dans laquelle, s'il eût été nécessaire, j'aurais pu retourner mon algalie. Je tirai une pinte d'urine, sans compter celle qui s'était déjà évacuée dans les deux premiers attouchements de la tumeur. Je poussai mon algalie plus loin. J'entrai dans la vessie avec beaucoup de facilité, ce qui n'est pas étonnant, puisque toutes ces voies étaient extrêmement dilatées. Ce jour-là je ne fis rien de plus au malade, mais je l'interrogeai pour m'instruire, et j'appris que cette rétention d'urine l'avait attaqué tout à coup; qu'elle n'avait été précédée que de quelques douleurs de rein, qui, changeant de situation, depuis le dessous des fausses côtes, descendit par degré jusque vers le bassin, où elle se fixa : elle exista quelque temps et ensuite cessa entièrement. Pendant trois ou quatre jours il se croyait entièrement guéri; mais la nuit il lui prit envie d'uriner, et, s'étant présenté pour satisfaire à ce besoin, à peine eut-il commencé de rendre son urine qu'elle s'arrêta tout à coup; il en avait cependant rendu assez pour se soulager; mais il sentait bien qu'il n'avait pas rendu toute l'urine que contenait sa vessie : il fit inutilement des efforts pour en rendre davantage.

» Deux heures après, il fut réveillé par une envie d'uriner plus pressante que la première ;. il se représenta de nouveau pour uriner, et tous ses efforts furent inutiles. On alla chercher du secours. Il fut saigné plusieurs fois, fut mis dans le bain, mais ne put uriner; il n'avait plus d'autre secours à attendre de l'art que celui d'être sondé, mais malheureusement son chirurgien n'avait point de sonde. Il passa trois jours dans cette situation douloureuse, urinant d'heure en heure jour et nuit, tantôt plus, tantôt moins, étant soulagé chaque fois. La fièvre devint considérable; il fut saigné deux fois, il urina moins souvent, et beaucoup plus chaque fois. Un chirurgien d'une ville voisine fut mandé, il apporta des sondes; mais le malade, qui se sentait mieux, refusa ce secours, espérant toujours que la nature le guérirait. Ayant passé un mois dans cette situation, il eut une envie d'uriner plus pressante qu'à l'ordinaire; il urina une chopine tout de suite, par jet, et presque à plein canal. Mais le cours fut brusquement arrêté environ à un pouce près du gland, où s'arrêta sans doute la pierre dont j'ai parlé ci-dessus; elle a resté en ce lieu six à sept mois, empêchant le passage des urines pendant douze ou quinze heures, et quelquefois un jour entier, et, malgré cela, il ne voulut point se laisser sonder. Trois mois se passèrent sans qu'il s'aperçût de la tumeur au périnée dont j'ai parlé ci-dessus, mais il commença à sentir, dans cette partie, une douleur de la même nature que celle qu'il avait sentie aux reins, à la vessie et à l'ombilic; douleur qu'il ressentait encore lorsqu'il était long-temps sans uriner. Il s'aperçut d'une grosseur au périnée, qui augmentait peu à peu de jour en jour, qui lui semblait être moins grosse et plus molle toutes les fois qu'il avait uriné, mais qui, malgré tout cela, augmentait insensiblement, et parvint à la grosseur qu'elle avait lorsque je la touchai la première fois.

» De ce récit on peut conclure qu'une pierre assez médiocre a causé les différents changements qu'on vient de rapporter. On voit clairement que c'est elle qui, depuis le rein jusqu'à la verge près du gland, où elle s'est arrêtée, a retenu l'urine dans tous ses réservoirs et conduits, et que c'est cette liqueur retenue qui a fait effort contre leurs parois, et les a dilatées; ce qu'elle fait ordinaire-

ment à la vessie, à l'uretère et aux reins. Mais il est étonnant qu'elle ait produit ce même effet à l'urètre, et y ait causé une tumeur si considérable. Il est vrai que c'est à la partie membraneuse que s'est faite cette dilatation, laquelle partie, quoique couverte de muscles, ne résiste pas autant que la partie de l'urètre qui parcourt la verge.

» Il me semble qu'on peut avoir une idée claire des faits que je viens de réciter; il s'agit présentement de passer à la cure de cette maladie. Ayant soulagé le malade, je crus que je devais lui laisser une sonde en S pendant quelque temps. Je le mis à un régime doux, point trop sévère; et comme, avec cette espèce de sonde, on peut se lever, je ne l'obligeai point à rester assidument au lit; il se levait, ôtait le bouchon de sa sonde, et pissait dans un pot de chambre. Je le vis le lendemain d'assez bonne heure; il avait passé une très-bonne nuit, et je l'aurais cru entièrement guéri si la pierre n'eût plus été dans l'urètre. Il s'agissait donc de prendre un parti. Le malade, qui ne souffrait plus, me prévint qu'il ne consentirait jamais à l'opération; cependant, lui ayant fait sentir le danger auquel il s'exposait, je le fis consentir à me laisser faire quelques tentatives avec la curette pour lui tirer ce corps étranger par l'ouverture du gland, ce qu'il remit au lendemain. Je l'examinai, je débouchai la sonde et le fis pisser. Je tournai la sonde de tous côtés, et je sentis sourdement la pierre dans la dilatation de l'urètre, sans pouvoir déterminer précisément le lieu qu'elle occupait, quoique les parois de cette dilatation fussent infiniment rapprochées depuis l'évacuation des urines. Sans ôter la sonde, je fis une exacte perquisition dans la vessie, et n'y trouvai aucune pierre. Le lendemain je fis l'opération; ce ne fut pas aussi promptement que je l'espérais; j'eus beaucoup de peine à placer la pierre dans la cavité de cette curette, et je suis sûr que j'aurais fait plus facilement cette opération si je l'avais retardée jusqu'à ce que l'urètre eût repris son diamètre naturel. Le corps étranger étant dehors, et ayant laissé le malade en liberté, il se trouva, au bout de sept à huit jours en même état que s'il n'avait pas eu cette fâcheuse maladie.

» Cette pierre, comme j'ai dit d'abord, était tendre, et n'excédait pas la grosseur d'un pois. Il n'est pas ordinaire qu'une pierre, arrêtée comme celle-là pendant l'espace de huit mois, n'ait point grossi; nous avons plusieurs exemples de pierres arrêtées dans le milieu de l'urètre et même au périnée, qui, de la grosseur d'un pois, sont parvenues à celle d'une noix; et, si elles n'ont point causé de rétention pareille à celle que nous venons de traiter, c'est parce que l'urine s'y était conservé un passage en forme de rigole ou de gouttière. La pierre que j'ai tirée de l'urètre n'en avait aucun vestige, parce que, selon toute apparence, elle ne résidait pas assidument dans le même lieu; elle changeait de place quand le malade faisait des efforts pour uriner; il avait remarqué même, dans ses plus fortes rétentions, que de se coucher sur le dos lui était favorable : ce qui venait peut-être de ce que la pierre, se trouvant plus élevée, changeait de place, et retombait dans la dilatation.

» Cette pierre aurait pu rentrer dans la vessie, car le col de la vessie devait être considérablement dilaté; et alors elle aurait subi le sort ordinaire des pierres qui, venant des reins, restent dans la vessie. Si je ne l'eusse point tirée, et qu'elle fut restée dans la dilatation de l'urètre, elle aurait pu devenir assez grosse pour en remplir toute la cavité, et l'augmenter même par son accroissement; ce que j'ai vu à un paysan à qui une pierre était restée dans l'urètre, et lui avait causé pendant du temps des difficultés d'uriner qui ne duraient pas, parce que l'urine poussée avec effort passait entre la pierre et les parois de l'urètre. Après un certain temps les douleurs en urinant diminuèrent beaucoup, quoique la pierre restât à sa place, et eût grossi de plus de moitié. Au bout de trois ans le malade revint me trouver; sa pierre était grosse comme un gros œuf, et lui causait de la douleur; la peau était rouge et enflammée; la difficulté d'uriner, dont il n'avait eu aucun ressentiment depuis plus de deux ans, était

très-considérable ; et la fièvre, qui accompagnait le tout, rendait le cas pressant, ce qui me détermina à lui faire l'extraction de sa pierre le même jour. Elle était, comme j'ai dit, de la grosseur et de la figure d'un œuf, ayant à chaque bout un petit mamelon et une rigole ou gouttière, dans tout le dessous de sa longueur, qui marquait assez profondément la route que les urines s'étaient faite.

» S'il fût resté sans secours dans son village, sa maladie se serait peut-être terminée comme une maladie semblable qui affligeait un habitant d'une ville de province, qui, depuis quatre années, portait une pierre placée et accrue dans le même lieu, et sur laquelle les urines s'étaient pratiqué une route. Cette pierre, qui jusqu'alors ne l'avait pas considérablement incommodé, commença à lui causer quelques douleurs ; les urines coulèrent avec moins de facilité qu'à l'ordinaire ; le périnée, la marge de l'anus, tout le scrotum et la peau de la verge se gonflèrent. Les urines s'arrêtèrent tout à fait, et en trente heures une suppuration gangréneuse survint et parut se borner dans une étendue longue et large comme la main. La pierre était au centre, et ceux qui le traitaient furent bien étonnés de ce que, au bout de sept jours, le malade allant à la selle, l'eschare gangréneuse et la pierre tombèrent dans son pot de chambre. Si le malade ne mourut point, c'est que la rétention d'urine cessa ; les parties gangrenées se relâchèrent, et la suppuration putride fit l'office du chirurgien, s'étant fait jour sur le sommet de la tumeur, par où sortirent en même temps et le pus et les urines.

» Cette observation ne présente pas un modèle à imiter ; mais elle montre ce que peut la nature, quoique abandonnée à elle-même : que n'eût-elle pas fait si elle avait été secondée ! » (J.-L. Petit, *Maladies chirurgicales,* p. 750.)

C'est ordinairement dans la portion membraneuse qu'on observe ces poches ou dilatations ; cependant Chopart et Desault en ont rencontré une fort remarquable située à la fosse naviculaire, dont la paroi inférieure s'était considérablement allongée. Nous terminerons par cette observation qui, outre certaines particularités très-curieuses, résume les symptômes et le traitement de cette affection.

Obs. 11. « Un homme âgé de soixante-huit ans me consulta sur une tumeur urinaire de l'urètre, située entre le gland et le scrotum. Il avait eu des gonorrhées, et depuis long-temps il éprouvait de la difficulté à uriner. En 1775, il fut attaqué d'une rétention complète d'urine, qui obligea de le sonder. On laissa la sonde pendant deux mois dans la vessie, puis on lui fit faire usage des bougies. Il s'en abstint au bout de quelques mois ; les urines s'écoulèrent assez librement. L'année suivante, il s'aperçut que leur jet était moins rapide, que la verge se gonflait pendant leur injection, et qu'en pressant il augmentait la force du jet et vidait une tumeur formée par les urines. Comme il souffrait peu, il négligea cette maladie ; il éprouva ensuite des cuissons en urinant, surtout dans la partie de la verge où se montrait la tumeur urinaire. On lui conseilla des boissons et des injections adoucissantes : elles lui procurèrent quelque soulagement. Loin de diminuer, sa tumeur augmenta de volume. On le détermina alors à tenter l'effet de la compression au moyen d'un bandage circulaire autour de la verge ; mais il ne put le supporter. Il vint demander mes conseils en mars 1776. On sentait sur le trajet de l'urètre entre le gland et le scrotum une tuméfaction et un relâchement de parties mollasses dont la pression faisait sortir du canal quelques gouttes d'urine. Le malade urina en ma présence. Les urines, avant de s'écouler au dehors, se répandaient dans une espèce de poche formée par les tuniques de la paroi inférieure de l'urètre. Il s'en échappait une partie par l'orifice du gland, mais presque sans jet. Le malade éprouvait de la douleur et des cuissons dans le canal et dans la poche urinaire. Ces cuissons augmentaient par le développement de cette poche ; on était obligé de la presser avec les doigts pour résister à son extension ; la tumeur qu'elle formait étant remplie d'urine, semblait occuper toute la verge ; mais elle ne gonflait que l'urètre depuis la base du gland jusqu'au

scrotum : elle avait en cet endroit une forme ovalaire et la longueur d'un œuf de poule ; elle devenait moins tendue et s'affaissait après l'action d'uriner ; en la comprimant, elle se vidait complétement. J'engageai le malade à porter constamment une algalie pendant un mois, afin d'empêcher l'amas des urines dans la poche urétrale, et à appliquer sur le trajet de cette poche une compresse imbibée de vin aromatique, ou un petit sachet rempli de fleurs de tan et soutenu par une bande pour faciliter le resserrement des tuniques de l'urètre et tâcher de rétablir leur élasticité ou leur force vitale. Il se détermina à faire usage de la sonde et d'une bande autour de la verge. Quoique l'algalie fût introduite jusque dans la vessie, il passa des urines entre cet instrument et l'urètre ; elles causèrent des cuissons si vives dans la poche de ce canal que le malade ne voulut supporter que peu de temps la présence de la sonde : il préféra de vivre avec son infirmité, qui était d'autant plus désagréable qu'il avait aussi une incontinence d'urine, et que ses vêtements en étaient continuellement humectés. Les cuissons qu'il éprouvait dans l'urètre augmentèrent malgré l'usage des boissons et des injections adoucissantes. Il tomba dans le marasme et mourut le 5 avril 1779. J'ai fait, avec M. Desault, l'examen anatomique de la verge et des voies urinaires. Nous n'avons trouvé dans l'urètre aucun rétrécissement, ni aucun obstacle qui pût s'opposer au passage des urines : la poche urétrale s'étendait de la base du gland dans le trajet de la paroi inférieure du canal ; elle avait un pouce dix lignes de longueur et presque autant de largeur ; sa surface était très-lisse, rougeâtre en quelques points, enduite d'un mucus puriforme, et sans apparence d'orifice, de lacune ou de cryptes ; ses parois étaient égalment amincies dans toute leur étendue, ainsi que les téguments qui les recouvraient ; nous n'y avons remarqué aucune trace de rupture, ni de crevasse, ce qui nous a fait penser que cette poche était produite par la dilatation uniforme d'une portion de la paroi inférieure de l'urètre, et principalement de celle qui répond à la fosse naviculaire de ce canal, soit à l'occasion d'un rétrécissement préexistant du côté du gland, soit par une autre cause inconnue. La prostate était gonflée et dure ; la vessie, petite, contenait du mucus puriforme ; les uretères et les reins étaient sains. C'est le seul exemple que nous connaissions d'une tumeur urinaire de cette nature dans cette partie de l'urètre. On en observe au périnée ou dans le trajet du scrotum, et elles se guérissent ordinairement par l'usage des sondes élastiques portées jusqu'à la vessie. » (Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires*, t. II, p. 202.)

§ IV. Rétention d'urine dans le prépuce.

La rétention d'urine peut, comme celle des autres sections de l'appareil excréteur des urines, être complète ou incomplète. C'est le plus souvent chez le nouveau-né qu'on l'observe, et elle est due à l'imperforation ou à l'étroitesse du prépuce. Le rétrécissement accidentel du prépuce peut amener le même résultat chez l'adulte, ainsi qu'on le conçoit et qu'on en cite plusieurs exemples. La rétention d'urine est quelquefois favorisée alors par le développement d'un calcul dans la cavité du prépuce.

Lorsque la rétention d'urine dans le prépuce a lieu chez le nouveau-né, si l'on n'a pas fait attention à la conformation de cet organe, ce qui arrive souvent, les nourrices et les *remueuses*, comme dit J.-L. Petit, sont averties des souffrances du petit malade par ses cris et par l'état de son linge, qu'il ne mouille pas.

« L'urine s'amasse dans la cavité du prépuce et y forme une tumeur si considérable que la verge et le scrotum ne paraissent point. Cette tumeur est ronde, lisse, blanche et repoussante au toucher, comme serait une hydrocèle extrêmement pleine et étendue. Comme elle est un peu étroite à l'endroit du pubis, on croirait qu'elle aurait un pédicule ; mais cet endroit plus étroit est la verge, dont la peau a prêté pour fournir à l'agrandissement de la tumeur à mesure que l'urètre y a déposé l'urine. » (J.-L. Petit, *lieu cité*, p. 692.)

Chopart complète cette description en y ajoutant un caractère important : la

tension de la tumeur pendant les efforts que le malade fait pour uriner, ou pendant qu'il urine, si la rétention est incomplète et résulte de l'étroitesse ou du rétrécissement du prépuce. Chopart dit encore que la distension de la poche peut être telle que ses parois soient transparentes, il y a senti la fluctuation.

Quand on sait apprécier chacun de ces symptômes, on les trouve toujours réunis en plus ou moins grand nombre. Mais on voit dans la citation suivante, empruntée à J.-L. Petit, que si un homme instruit reconnaît de suite la nature de la tumeur, il en est qui ne s'en doutent pas et la traitent par des cataplasmes.

Obs. 12. « Si je fus surpris de voir cette tumeur pour la première fois, les femmes qui avaient remué l'enfant l'étaient bien davantage ; il n'y avait que deux heures qu'elles l'avaient lavé, nettoyé, emmaillotté, et que bien loin de croire ces parties mal conformées, elles en avaient fait l'éloge et un pronostic avantageux. Elles ne m'eurent pas plutôt dit cette circonstance que je connus la maladie ; je dissipai leur crainte, et sur-le-champ l'enfant fut soulagé par une opération de laquelle je parlerai ci-après.

Obs. 13. » L'autre enfant à qui je fis la même opération ne fut pas si heureux : aussitôt qu'il fut baptisé, on l'emporta à la campagne ; on n'eut pas le temps de connaître sa maladie ; la nourrice, qui ne l'avait point vu remuer avant que de partir, fut obligée de le démailloter en arrivant chez elle, parce qu'il avait crié pendant tout le chemin. Ce fut elle qui se trouva bien surprise de voir une tumeur si considérable dans cet endroit, elle à qui on avait donné ou plutôt à qui on avait cru donner un garçon bien conformé. Elle fit avertir la famille, et envoya chercher le chirurgien de son village, qui ne s'y connut pas plus qu'elle : il ordonna cependant des fomentations de vin chaud qui ne firent rien : le ventre de l'enfant devint tendu, dur et douloureux. Une tante de l'enfant me vint prendre et m'y mena : je connus de quoi il était question, et, par une opération semblable à celle que je fis au premier enfant, il rendit près d'une chopine d'urine, et fut guéri si promptement, que les habitants furent presque autant surpris de la guérison, qu'ils l'avaient été de la maladie. Il était temps que j'arrivasse pour sauver la vie à ce pauvre innocent : il ne respirait presque plus ; déjà tout son corps était bleuâtre ; ses extrémités, froides et couvertes d'une humidité gluante ; l'instant d'après l'opération, ses cris plaintifs cessèrent, il teta et s'endormit.

» Sans cette évacuation il serait mort avec tous les symptômes que cause la rétention d'urine : c'en était une en effet, puisque le cours de l'urine était intercepté, avec cette différence que l'obstacle n'était ni dans la vessie ni dans l'urètre ; le trou du prépuce était bouché, les urines ne sortaient point et avaient dilaté la vessie, les uretères, les reins et l'urètre même avant que de dilater le prépuce. C'est cette partie qui a résisté plus long-temps à l'effort des urines ; mais enfin elle a cédé, et peu à peu elle s'est dilatée jusqu'à former un sac ou kyste de la grosseur d'un œuf de poule d'Inde. » (J.-L. Petit, *Maladies chirurgicales*, p. 692.)

Obs. 14. « Un autre enfant de six ans avait, dès sa naissance, le prépuce si étroit qu'il urinait toujours avec douleur. Pendant trois ans il n'eut que cette seule incommodité, et, quoiqu'elle lui causât beaucoup de douleur, il s'y était pour ainsi dire habitué, et ses père et mère ne s'en effrayaient point. Il est à remarquer que dans tous ces cas le prépuce reste plein d'urine, quoiqu'il n'y en ait plus dans la vessie : c'est pour achever l'évacuation que les enfants sont obligés de presser le prépuce avec la main pour le vider ; mais ils ne peuvent jamais en faire sortir la dernière goutte, soit parce qu'en comprimant le prépuce, ils font rentrer une partie de l'urine dans l'urètre, ou parce qu'il se trouve quelques pierres dans le prépuce qui empêchent l'exacte compression, comme il est arrivé à celui dont il s'agit. Au commencement de sa quatrième année, la difficulté d'exprimer les dernières gouttes d'urine fut si grande et accompagnée de si grandes douleurs, qu'il n'osait plus comprimer

son prépuce pour la faire sortir, de manière que le restant sortait goutte à goutte le long des cuisses. Dans ce temps là on s'aperçut qu'il y avait une pierre dans la cavité du prépuce, on la poussait d'un côté et d'autre sans causer aucune douleur, mais elle augmenta peu à peu, de sorte que, étant grosse comme une prune, on ne pouvait plus la changer de place; celle qu'elle garda toujours depuis fut le bas du gland du côté du filet, où elle augmenta au point d'intercepter de temps en temps le cours de l'urine; enfin la difficulté d'uriner devint si grande dans la sixième année, que l'on eut recours à moi : je fis l'opération convenable, et il fut parfaitement guéri. » (J.-L. Petit, *lieu cité*, p. 694.)

Nous répétons que le diagnostic ne peut pas laisser d'incertitudes dans l'esprit d'un chirurgien expérimenté, lors même que la maladie se présenterait sous le même aspect que dans un cas dont parle Chopart. La tumeur était rouge, avec des orifices qui laissaient échapper des gouttes d'une prétendue sérosité qui n'était que de l'urine. L'urine seule ne devait-elle pas mettre sur la voie? Voici le fait :

Obs. 15. « Enfin, le mal, par ses progrès, peut tromper les personnes inattentives ou qui méconnaissent les effets de la tumeur formée par la rétention de l'urine dans le prépuce, et leur en imposer pour une affection cancéreuse. H. Lamalle, maître chirurgien de Paris, nous a communiqué un fait intéressant sur cet objet. Étant à Luzarche en septembre 1759, avec plusieurs membres de notre collége, on leur présenta un enfant âgé de deux mois et demi, qui n'avait aucune apparence de verge ni de testicules; il lui était survenu, depuis sa naissance, au-dessous de la symphyse des os pubis, une tumeur ovalaire de la grosseur d'un œuf de poule, et qui était ulcérée, rouge et très-humide à la partie moyenne de sa surface. La peau formait autour de l'ulcère un bourrelet calleux. En pressant la tumeur dans sa circonférence, on sentait une sorte d'ondulation, et il suintait des gouttelettes de sérosité par différents petits trous de l'ulcère. On avait regardé cette maladie comme un cancer qui avait rongé et détruit les organes de la génération, et que l'on croyait incurable. Les chirurgiens de Paris pensèrent que cette tumeur n'était ni cancéreuse ni incurable, qu'elle ne dépendait que de l'imperforation du prépuce ou de l'extrême étroitesse de son ouverture; que la sérosité qui suintait était de l'urine, et qu'il fallait faire dans le centre de l'ulcère une incision qui pénétrât jusque dans la poche où l'on sentait une sorte d'ondulation. Les parents consentirent à cette opération, qui fut pratiquée sur-le-champ. Il s'écoula peu de sérosité; mais, en comprimant la tumeur, il sortit une humeur semblable à de la bouillie claire. On agrandit suffisamment l'ouverture pour voir le fond de la poche, et l'on y trouva le gland, dont la surface était excoriée, ulcérée, ainsi que la tunique interne du sac ou du prépuce. On conseilla des injections émollientes et les soins de propreté. Cet enfant, qui n'avait presque pas cessé de crier depuis sa naissance, qui était toujours agité, devint tranquille, dormit, et urina abondamment et sans faire d'efforts. Au mois d'octobre suivant, les mêmes chirurgiens revirent cet enfant : il était guéri, il avait la verge dans l'état naturel et les testicules dans le scrotum. » (Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires,* t. II, p. 205.)

Le pronostic de cette rétention d'urine paraît très-simple au premier abord; très-simple, nous voulons dire très-facile à apprécier. En effet, généralement le mal est reconnu de bonne heure et toujours aisément guéri; mais s'il était méconnu, qu'arriverait-il? C'est là qu'est la difficulté. On serait, il est vrai, porté à croire que l'enfant succomberait aux suites ordinaires de la rétention d'urine, rupture de la vessie, résorption et fièvre urineuse, etc., ou que le liquide se faisant jour dans des points moins dangereux, il s'établirait des fistules qui leur livreraient passage. Cependant il y a une troisième face de la maladie, hypothétique, si l'on veut, mais que nous devions néanmoins signaler. On a dit que l'enfant pouvait, dans certains cas, rester quatre mois sans rendre une goutte d'urine. Nous pensons que cette idée repose

sur un fait mal observé. L'enfant exhalait l'odeur de l'urine par toute la surface de son corps. En établissant qu'il devait y avoir eu là une méprise, nous ne faisons que répéter l'opinion de Chopart. Toutefois, il est bon de remarquer combien il est difficile de se tromper sur la question de savoir si l'enfant mouille ou ne mouille pas son linge. Peut-être l'amour du merveilleux s'est-il un peu mêlé à ce récit.

Quoi qu'il en soit, l'indication consiste à donner issue à l'urine par l'incision ou par l'excision du prépuce.

ARTICLE IX.

Dépôts, abcès urineux, infiltration d'urine.

L'urine, en sortant de son canal sécréteur, peut se comporter de trois manières différentes : 1° après la rupture de la tunique interne de l'urètre elle dilate l'externe et s'en forme une poche où elle reste stagnante, c'est le *dépôt urineux*; 2° la solution de continuité porte sur les deux membranes urétrales, et l'urine, au lieu de s'épancher dans une sorte de diverticulum, s'infiltre lentement avec le tissu cellulaire, qui s'enflamme et s'indure en s'opposant ainsi à l'augmentation de l'infiltration ; plus tard la tumeur s'abcède, c'est l'*abcès urineux*; 3° enfin la crevasse de l'urètre est large, l'urine y est poussée avec force par la vessie et par les muscles du ventre; elle pénètre au loin dans les aréoles du tissu cellulaire, c'est l'*infiltration d'urine*. Nous allons successivement passer en revue ces trois points.

§ I. Dépôts urineux.

Causes des dépôts urineux. Cette lésion résulte quelquefois d'une forte contusion du périnée, laquelle a déterminé la rupture d'une partie des tuniques de l'urètre ou la perte de leur ressort. L'obstacle qui naît alors du gonflement occasionne une pression plus considérable sur la partie affaiblie des parois de l'urètre, et le dépôt urineux s'établit. Mais le plus souvent il se forme d'une autre manière : il est la conséquence d'une crevasse de la membrane interne de l'urètre derrière un rétrécissement organique du canal, soit que l'ulcération ait eu lieu spontanément, soit sous l'influence irritante des sondes ou des bougies.

Les *caractères anatomiques* consistent dans la dimension de l'orifice de communication de la poche de l'urètre, dimension ordinairement très-petite, au moins primitivement. Plus tard elle peut s'accroître par suite de l'altération de la poche elle-même. La rupture de la membrane interne de l'urètre se voit quelquefois très-nettement, mais dans d'autres cas la membrane qui tapisse le diverticulum urinaire se continue sans ligne de démarcation tranchée avec la tunique interne de l'urètre; en sorte qu'il serait difficile de dire s'il a existé une rupture qui a été effacée par une membrane adventive rejoignant les lèvres de la tunique interne divisée, ou si celle-ci n'est que dilatée : question aussi épineuse que celle relative à l'état de la membrane interne des artères dans les anévrismes mixtes externes.

Les *symptômes des dépôts urineux* sont les suivants : la poche occupe le périnée, s'étend quelquefois jusque dans le scrotum, et se présente sous la forme d'une tumeur du volume et de la forme d'un œuf, circonscrite, immobile sur ses côtés, sans changements de couleur à la peau, qui est parfois dure et comme calleuse. Cette tumeur, d'ailleurs généralement indolente, offre un symptôme caractéristique, au moins quant à l'existence d'une poche urinaire en communication avec l'urètre : elle augmente de volume et de tension pendant que le malade urine, et, après que le besoin est satisfait, la compression de la tumeur en chasse l'urine au point que la tuméfaction diminue considérablement ou s'efface tout à fait. Dans l'éjaculation, le sperme ne sort qu'en bavant; il peut arriver même qu'on soit obligé de comprimer le périnée pour en déterminer l'expulsion.

Le *diagnostic des dépôts urineux* est, comme on voit, de la plus grande clarté ; rien ne peut en imposer, si ce n'est la dilatation simple et partielle de l'urètre, qui, en réalité et surtout pratiquement, n'est que la même maladie : les symptô-

mes sont les mêmes et les caractères anatomiques si semblables, qu'il est quelquefois et même souvent difficile de les distinguer. Nous aurions réuni ces deux affections dans une même description, sans la crainte de laisser une lacune dans notre ordre pathologique.

Sous le point de vue du *pronostic* les *dépôts urineux* offrent en outre une gravité plus prononcée que la simple dilatation de toutes les tuniques d'une partie du canal; la poche s'enflamme plus aisément, revient moins vite sur elle-même et les fistules sont davantage à redouter.

Le *traitement* consiste à dilater le rétrécissement, pour obtenir le resserrement de la poche; ensuite on laisse une sonde à demeure qui prévient la pénétration de l'urine dans le diverticulum, et on emploie la compression, qui en amène le retrait, en s'opposant d'ailleurs à l'introduction du liquide dans la cavité accidentelle qui renfermait le dépôt.

§ II. Abcès urineux.

Ces tumeurs, qui sont le résultat d'une infiltration d'urine qui se fait lentement et dans d'étroites limites, ont pour siége ordinaire le périnée, la racine de la verge et les bourses; mais on en rencontre aussi à la fesse, au voisinage du sacrum, du coccyx ou de l'ischion; il s'en montre, quoique plus rarement, à la région pubienne et dans l'épaisseur des parois abdominales; enfin, dans quelques cas exceptionnels, l'abcès urineux se montre à la partie externe des cuisses.

L'abcès urineux, effet ordinaire d'une solution de continuité des membranes de l'urètre derrière un obstacle, survient quelquefois lorsque le canal conserve tout son calibre, ainsi que cela a eu lieu dans l'observation suivante :

Obs. 1re. « Un septuagénaire avait été délivré de la pierre trois ans auparavant. Vers la fin de 1840 survint une petite grosseur à la fesse gauche. Le malade en fut d'abord si peu incommodé, qu'il ne se plaignit point, et un habile chirurgien dont il recevait les soins, ne fut pas conduit à faire l'examen de cette grosseur, qui passa pour une tumeur hémorrhoïdaire. Quelques semaines après, le malade éprouva une sensation de gêne, de douleur et de cuisson en urinant. Cette fois on fit l'inspection des parties, mais on trouva la tumeur de la fesse si dure, si circonscrite, que l'idée ne vint pas de l'attribuer à un abcès urineux. Les accidents furent considérés comme les conséquences d'un engorgement de la prostate et d'un léger catarrhe vésical. On se contenta de prescrire des antiphlogistiques et des calmants, qui n'eurent aucun succès. Au contraire, les accidents prirent une marche rapide, et il survint des symptômes généraux qui inspirèrent des inquiétudes à la famille. On me fit appeler. Je reconnus sans peine qu'il s'agissait d'un abcès urineux, qui avait pris un développement considérable depuis deux jours; la fluctuation était manifeste, et une assez grande étendue du périnée frappée de mort. D'après mon conseil, l'abcès fut ouvert sur-le-champ. L'incision, quoique profonde et étendue, n'occasionna pas de douleur, ce qui confirma l'existence de la gangrène. Il s'écoula une grande quantité de pus fétide et sanieux. Le malade fut soulagé; mais, au bout de deux jours, il fallait recourir à d'autres incisions, des points fluctuants s'étaient déclarés au pourtour du premier foyer. Cependant la mortification se circonscrivit, et l'état général cessa d'empirer. Plus tard, on dut s'occuper de guérir la fistule qui avait été la conséquence de l'opération. L'usage permanent des sondes devint nécessaire pendant plusieurs mois de suite. Dès qu'on les retirait, l'urine reprenait son cours par la fistule et de nouveaux abcès se formaient. L'opiniâtreté de cette fistule m'a paru tenir à la dénudation d'une grande étendue de la partie profonde de l'urètre, opinion à l'appui de laquelle je citerai plus loin d'autres faits. Quant à la cause de l'abcès, elle n'était pas douteuse. Un éraillement eut lieu à la partie membraneuse de l'urètre; la lenteur avec laquelle se forma la tumeur, qui parut même stationnaire pendant quelques semaines, donna à penser que l'ouverture était fort petite dans les premiers temps. Ce fut par les progrès de l'inflammation et de la gangrène qu'elle devint assez grande pour donner issue à

la totalité de l'urine, ce qui dura plusieurs jours, même après qu'on eut ouvert l'abcès. La lésion prostatique préexistante et le catarrhe vésical auraient pu faire penser que celui-ci communiquait avec ces parties, ce dont on connaît des exemples; mais, pendant le traitement, je m'assurai qu'il n'en était rien ; il suffisait de mettre une sonde à demeure pour détourner toute l'urine du trajet fistuleux, ce qui ne serait pas arrivé d'une manière aussi complète et aussi constante si la fistule avait été vésicale. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 1re partie, page 487.)

Les cas de la nature de celui qui précède servent évidemment à expliquer ceux qui suivent, et sur lesquels nous reviendrons. Nous voulons parler de ces abcès qui ont presque tous les caractères des abcès urineux ordinaires et ne s'en distinguent que par l'absence de leur communication ordinaire avec le canal de l'urètre.

Les abcès proprement dits, ceux qui sont les plus communs ont pour cause, outre l'effort de l'urine derrière un obstacle, l'introduction répétée des bougies ou de la sonde, le séjour trop prolongé de ces instruments dans l'urètre, soit qu'il y ait une rupture réellement traumatique dans la manœuvre même du cathétérisme, ainsi que MM. Cock et Civiale l'ont observé ; soit que l'instrument provoque une inflammation ulcérative sur les points où il porte le plus.

Les tumeurs qui forment les abcès urineux sont rares; sans changement de couleur à la peau, indolentes, peu volumineuses; souvent solitaires et quelquefois multiples, elles ont peu de mobilité à cause de l'empâtement qui les entoure. Elles restent quelquefois très-long-temps stationnaires, au point que ceux qui se rappellent combien l'urine est irritante ont peine à s'expliquer la lenteur avec laquelle la tumeur s'échauffe : car elle finit toujours par là ; c'est d'abord un noyau, puis un foyer purulent, puis une fistule.

« Le diagnostic de ces tumeurs formées par l'urine, de celles qui sont enkystées, peut quelquefois être obscur. Leur petit volume, leur dureté, leur peu de mobilité, leur immobilité même dans quelques cas, toutes ces circonstances peuvent en imposer. L'obscurité sera bien autre si le commémoratif n'est pas bien établi, ou s'il ne fournit rien qui puisse se rattacher à un trouble dans l'excrétion urinaire ou à une lésion physique ayant porté sur un point de l'urètre, ce qui est extrêmement rare, mais non impossible ; car on a vu des cas de tumeurs urinaires formées spontanément, c'est-à-dire dues à une lésion de l'urètre que rien n'avait pu accuser jusqu'alors. Comme il y a des perforations, dans les autres organes, qui ne sont annoncées par aucun symptôme saillant, telles que certaines perforations du tube digestif, il peut y avoir aussi des solutions de continuité de même nature à l'urètre. La méprise est encore facilitée par l'indolence de la tumeur et l'état normal de la peau. Cependant, si on se livre à une investigation bien détaillée, bien minutieuse des antécédents, on découvrira presque toujours des troubles de l'excrétion urinaire ou des signes d'urétrite ayant précédé la formation de la tumeur. Le diagnostic de cette tumeur sera surtout très-obscur si elle apparaît loin de l'urètre, loin même du périnée. Ainsi, Ch. Bell, cité par M. Civiale, parle d'une de ces tumeurs, qui fut prise pour une hernie.

» Quand on est arrivé à la connaissance de la nature de la tumeur, on peut se tromper sur son volume, son étendue ; car une partie, et même la plus petite partie, peut faire saillie vers le périnée et être accessible au toucher, tandis que le reste est enfoncé du côté du bassin ; on est alors étonné, à l'ouverture de la tumeur, de voir la quantité d'humeur qu'elle contenait. » (Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, t. v, p. 366.)

Le *pronostic* n'est pas grave le plus ordinairement ; le seul danger d'un abcès urineux bien circonscrit c'est la formation d'une fistule urinaire, qui est d'autant plus à craindre que l'enveloppe du foyer est plus amincie.

Le *traitement* consiste à ouvrir la tumeur dès qu'on s'aperçoit de sa forma-

tion, à empêcher que l'urine en traversant l'urètre ne pénètre dans le foyer. Pour cela il suffit de sonder le malade chaque fois que le besoin d'uriner se fait sentir, ou de placer une sonde à demeure. Il est bien entendu que si, comme cela arrive presque toujours, il y a un rétrécissement, il faut s'attacher à le guérir. Quand il est assez étroit pour se refuser à l'introduction d'une sonde, il est indiqué de recourir à la dilatation temporaire rapide, afin de laisser le moins de temps possible l'urine, au moment de son passage dans l'urètre, en communication avec le foyer. Il ne faut pas craindre d'ouvrir largement, ce n'est pas la longueur de l'incision qui expose à l'établissement d'une fistule, mais l'altération de ses lèvres, qu'on dégorge en leur donnant de l'étendue.

On n'est pas toujours dans l'obligation d'inciser l'abcès urineux, il se vide quelquefois dans l'urètre sans que les téguments éprouvent de solution de continuité.

Obs. 2. « Un homme âgé de cinquante-deux ans se rendit à l'Hôtel-Dieu de Paris en juin 1790 pour consulter M. Desault sur une rétention complète d'urine. Il raconta qu'il avait eu douze ans auparavant une gonorrhée; qu'elle avait été traitée par les pilules mercurielles, mais non guérie radicalement; qu'à cette gonorrhée succédèrent des cuissons habituelles peu considérables; à ces cuissons de vraies douleurs; enfin à ces douleurs, le rétrécissement du canal de l'urètre, qui dans ses accroissements successifs diminua le jet de l'urine, amena la dysurie, et, par intervalles, la rétention complète. Après avoir reconnu la présence d'une tumeur urinaire au périnée, M. Desault n'eut aucun doute sur l'existence d'embarras de l'urètre; cependant pour acquérir une entière conviction, il y porta une algalie de moyenne grosseur. L'instrument fut étroitement serré dès l'orifice du canal et jusqu'à un obstacle qui l'arrêta à un pouce de distance du méat. La sonde un peu forcée le franchit, passa plus loin, et fut introduite jusque vers l'endroit de la portion membraneuse de l'urètre qui répondait à la tumeur du périnée. Là, l'instrument rencontra d'autres embarras, qui présentèrent la plus grande résistance. Comme le malade se décida à rester à l'Hôtel-Dieu, M. Desault ne jugea pas à propos de porter plus loin ses tentatives pour cette fois, et remit à le sonder de nouveau lorsqu'il serait couché : il ne tarda pas à l'être, et quoique la sonde n'eût pas pénétré dans la vessie, il rendit bientôt après une assez grande quantité d'urine. Dans la seconde tentative, M. Desault introduisit sans peine une algalie à petite courbure, servant à sonder les enfants, jusqu'à l'obstacle du périnée, qu'il n'avait pu franchir la première fois. Parvenu là, il la fit tourner sur son axe, en même temps qu'il la pressait contre la résistance. Cette action combinée, d'où naissait un mouvement de vrille, porta sans grande difficulté l'instrument dans la vessie. Aussitôt que les urines furent écoulées il boucha la sonde et l'assujettit. Le malade fut mis à l'usage de l'eau de lin et prit peu d'aliments. La nuit fut plus tranquille que les précédentes : les urines coulèrent librement par la sonde, qu'on débouchait toutes les fois qu'il sentait le besoin pressant d'en rendre. La vessie se vidait assez bien : ce qui n'arrivait jamais avant l'introduction de l'instrument. Le lendemain le malade fut aussi calme que la veille; la tumeur du périnée avait déjà diminué de moitié. Le soir il eut un frisson et ressentit quelques douleurs qui le privèrent d'une partie de son sommeil. Comme on pouvait attribuer ce léger accident à la présence de la sonde déjà libre dans le canal, circonstance d'où l'on devait inférer qu'une nouvelle introduction serait facile, on la retira, et à l'instant on la remplaça par une sonde de gomme élastique d'un petit calibre, garnie de son stylet de fer recourbé comme les algalies ordinaires. Cette nouvelle sonde fut fixée, et un calme absolu suivit de près son introduction. Le 5, la tumeur du périnée était presque entièrement dissipée, il n'en restait plus que quelques duretés. Les urines coulaient facilement par la sonde, qui était d'autant plus libre dans le canal, que sa présence avait déterminé un écoulement abondant de matière puriforme. Le 6, on remplaça avec la plus

grande facilité cette sonde par une autre de même espèce, mais plus grosse. Le 7, toutes les duretés du périnée étaient fondues, et le canal fournissait une plus grande quantité de matière puriforme. Le 8, la suppuration était établie ; elle sortait de l'urètre en abondance et de bonne nature ; les embarras du canal fondaient de la manière la plus marquée et la plus satisfaisante. On eut la certitude de cette fonte le 10, par la facilité avec laquelle on réintroduisit la sonde qu'on avait retirée pour la nettoyer. Le 11, il existait un peu de chaleur chez le malade, et la langue était couverte d'un enduit jaunâtre. La diète un peu sévère, le petit-lait avec l'oxymel, et quelques lavements, le rendirent à son premier état dans l'espace de quatre jours. La suppuration du canal était la même et ne changea presque pas jusqu'au 25. De cette époque au 29, on augmenta la nourriture ; la suppuration était moins abondante, et la sonde devenait de jour en jour plus libre. Ce dernier jour, le malade eut un dévoiement assez considérable, qui fut calmé le lendemain par l'usage de l'eau de riz avec le sirop de coing. La suppuration était tarie et les duretés fondues, on jugea que la guérison était complète le trente-troisième jour. En conséquence, on retira la sonde pour s'assurer de l'issue facile des urines. Elles coulèrent en effet librement ; mais quelques cuissons au canal engagèrent à la réintroduire, et le malade la garda encore pendant sept jours : c'était le quarante-deuxième de son entrée à l'hôpital. A cette époque, le canal était parfaitement libre, et le jet des urines aussi gros que dans l'état naturel. » (Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires*, t. II, p. 267.)

§ III. Abcès de l'urètre sans communication avec le canal.

Ces abcès, qui doivent naturellement se rapprocher de ceux qui précèdent, ont été appelés abcès *urineux*, bien qu'ils ne contiennent pas d'urine. Selon nous, cette dénomination est vicieuse, autant que le serait celle d'abcès stercoraux appliquée aux abcès de la marge de l'anus et indépendants de l'intestin. C'est M. Gerdy qui a trouvé le nom de ces abcès ; il les appelle *circonvoisins*, ce qui indique parfaitement qu'ils se développent, comme secondairement, autour, dans le voisinage de la lésion principale.

Il y a pour fixer la nature réelle de ces abcès dans le cas qui nous occupe, une difficulté non encore signalée. D'un côté, il est incontestable que des abcès en communication avec l'urètre, de véritables abcès urineux, ne semblent point contenir d'urine, que leur ouverture ne donne point issue à ce liquide. Voici d'ailleurs un exemple qui vaut mieux que le raisonnement :

« Il s'est offert à moi un cas dans lequel l'ouverture de l'abcès ne donna point issue à de l'urine, quoique le foyer communiquât avec l'urètre. J'en vais retracer brièvement les principales particularités.

Obs. 1re. « Un homme de taille fort élevée, mais d'une maigreur extrême, souffrant des voies urinaires depuis trois ans, et qui avait successivement réclamé les soins d'un grand nombre de chirurgiens, dont un, entre autres, lui avait cautérisé le col de la vessie avec le nitrate d'argent, finit pas entrer à l'hôpital Necker. Il fut facile de reconnaître chez lui un rétrécissement de tout l'urètre. Après avoir employé les bougies les plus fines, je parvins à introduire une sonde n° 5 ; mais le malade ne put la supporter plus de trois jours, une toux opiniâtre et le dévoiement forcèrent d'ajourner la dilatation. Au bout de quelques jours survinrent de vives douleurs au périnée ; en examinant cette région, je reconnus un abcès urineux situé à deux pouces de l'anus et à un pouce de la terminaison du bulbe, du côté de la fesse gauche ; j'en pratiquai sur-le-champ l'ouverture, qui donna issue à un verre de pus au moins ; celui-ci contenait une certaine quantité d'urine, mais ce liquide ne s'écoula plus ensuite par l'incision. Le malade succomba bientôt à la phthisie pulmonaire, dont il était atteint depuis longtemps. A l'ouverture du corps on trouva le col vésical resserré, contracté ; à un pouce de la prostate existait l'ouverture de l'abcès dans l'urètre. Le reste du

canal était sain, mais rétréci dans toute sa longueur. Il serait difficile d'expliquer comment l'urine ne passait point par cette espèce de fistule ; peut-être qu'au moment où elle coulait de la vessie, les muscles du périnée détruisaient par leur action le parallélisme de l'ouverture. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 1re part., p. 496.)

Voilà donc un abcès qui communique avec l'urètre et dont l'ouverture ne donne pas issue à l'urine ; conséquemment l'erreur est presque inévitable. D'autre part, il est encore plus notoire que des collections purulentes, sans communication et par simple contact avec l'appareil excréteur de l'urine peuvent s'imprégner de l'odeur urineuse, principalement lorsque l'urine concentrée tend à devenir ammoniacale; d'où il résulte qu'on est exposé à prendre un simple abcès pour un abcès urineux, comme un abcès urineux pour un abcès simple. Heureusement qu'au point de vue pratique, la difficulté n'offre pas un grand inconvénient, car dans les cas douteux on devra se comporter comme s'il y avait communication : si elle existe on empêchera l'urine de continuer à pénétrer dans le foyer ; si elle n'existe pas, on pourra prévenir l'accès imminent de l'urine dans le foyer par suite de la rupture de sa paroi urétrale affaiblie.

C'est en général, on doit le dire, presque toujours derrière l'obstacle que se forment ces sortes d'abcès, comme dans le cas suivant, où le malade fut successivement soigné par deux grands chirurgiens : Pott et Desault.

Obs. 2. « Un homme eut, à l'âge de dix-huit ans, une gonorrhée virulente, qu'on traita par les tisanes rafraîchissantes et les pilules mercurielles. Une nouvelle gonorrhée, qu'il gagna six ans après, traitée par le sublimé corrosif, parut aussi céder à ce médicament. Étant en Angleterre, à l'âge de trente-deux ans, il éprouva les symptômes d'une troisième blennorrhagie, qu'on arrêta par les injections. De toutes ces maladies il ne conserva qu'un léger écoulement, qui revint et disparut alternativement pendant quelque temps. A peine il s'était écoulé une année depuis le dernier écoulement, qu'il fut attaqué d'une grande difficulté d'uriner. Pott, célèbre chirurgien anglais, lui passa des bougies et rétablit le cours des urines. Le même accident revint à plusieurs reprises, et céda toujours aux bougies que le malade s'introduisait lui-même. Plusieurs années se passèrent tranquillement ; mais de retour en France, quinze ans après, il éprouva les mêmes difficultés d'uriner. Le canal perdait de plus en plus de son calibre, et bientôt les urines ne sortirent plus que par un jet délié. Il se forma alors au périnée une petite tumeur, qui détermina le malade à se rendre à l'Hôtel-Dieu de Paris, en juin 1789. M. Desault essaya d'introduire dans la vessie une algalie ordinaire ; mais cet instrument ne pouvant franchir un obstacle situé près de l'orifice de l'urètre, il prit une bougie de gomme élastique, avec laquelle il surmonta plusieurs obstacles et parvint jusqu'au delà de la partie moyenne de ce conduit. Cette bougie, fixée à la racine du gland avec des fils de coton, fut supportée sans douleur, et permit le lendemain aux urines de sortir avec moins de difficulté. Cependant, quoiqu'on répétât tous les jours les mêmes tentatives, on ne parvint à franchir l'obstacle que le neuvième jour. La bougie fut arrêtée de nouveau vers la tumeur du périnée ; il fut impossible de la faire pénétrer plus avant. La suppuration étant devenue très-abondante, on fixa la bougie dans cet endroit. M. Desault essaya, le quinzième jour, d'introduire une sonde d'argent d'un très-petit calibre ; mais comme il ne put avancer que d'environ un pouce, il la retira pour lui substituer la bougie élastique qui suivait la route que la première lui avait tracée. Il n'y eut de changement, les dix jours suivants, que dans la tumeur du périnée, qui prit un léger accroissement. Le 26, M. Desault tenta encore de passer une algalie de moyenne grosseur ; il la conduisit avec précaution jusqu'à l'obstacle ; puis, lui faisant exécuter des mouvements de vrille, et les accompagnant d'une pression bien dirigée, elle parvint enfin dans la vessie. On la fixa sur une

ceinture avec des bandelettes conduites derrière les cuisses, et on la ferma avec un bouchon, pour empêcher la sortie continuelle des urines. La suppuration se soutint, les douleurs, d'abord fort vives, diminuèrent peu à peu, et cessèrent presque entièrement le quatrième jour de l'introduction de l'algalie. A cette époque on la remplaça par une sonde élastique qu'on fit pénétrer facilement à l'aide d'un mandrin de fer. Cette sonde fut fixée à la racine de la verge, et n'incommoda pas le malade. La suppuration diminua sensiblement les jours suivants, et s'écoula librement autour de la sonde. Le trente-cinquième, on trouva la tumeur du périnée considérablement augmentée et très-douloureuse. On la couvrit d'un cataplasme émollient, et on tint le malade à une diète sévère. On continua l'usage des cataplasmes. La suppuration suivit la marche ordinaire; et, dès que la fluctuation fut sensible, on fit une incision à côté du raphé, d'où sortit une grande quantité de pus bien formé. On tint les bords de l'incision écartés par l'interposition d'un bourdonnet de charpie, et l'on continua le cataplasme. Il se fit, les deux jours suivants, un dégorgement considérable, qui rendit au malade le repos dont la douleur et la fièvre l'avaient privé pendant la formation du pus. On lui permit alors de prendre des aliments solides, qu'on augmenta par degrés. Les duretés qui existaient le long du canal se dissipèrent; la suppuration diminua insensiblement, et la plaie fut cicatrisée le cinquante-deuxième jour. Il ne restait plus alors que la maladie du canal, qui avançait rapidement vers la guérison. Le cinquante-cinquième, les embarras de l'urètre étaient en partie détruits, la suppuration presque tarie, et la sonde très-libre dans le canal. On la laissa cependant en place jusqu'au soixante-quinzième. A cette époque, les urines sortant à gros jet, le malade quitta l'hôpital parfaitement guéri.

» Dans les abcès du périnée qui surviennent par des embarras de l'urètre, il ne se trouve quelquefois que du pus sans urine. L'observation que nous venons de rapporter en est un exemple.» (Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires*, t. II, p. 269.)

Il y a d'autres cas qui sont comme destinés à prouver sans le secours de l'autopsie, l'existence des abcès circonvoisins sans aucune communication avec le canal, ce sont ceux qui se développent en avant de l'obstacle, sans que rien indique que l'urine l'ait causé en filtrant en dehors de lui dans l'épaisseur de la paroi. Cela est facile à concevoir, car ce sont tout simplement des abcès de l'urètre, et l'on ne voit pas pourquoi ses parois, d'ailleurs très-irritables; vasculaires et assez épaisses, en seraient exemptes.

Voici un de ces abcès exceptionnellement formés en avant d'un rétrécissement :

Obs. 3. «M. B..., employé au ministère de l'intérieur, âgé de quarante-deux ans, éprouvait depuis quelque temps de légères difficultés pour uriner : un surcroît de travail, l'habitude de rester long-temps assis et une forte contention d'esprit amenèrent plusieurs rétentions d'urine; la vessie ne se vidait qu'incomplètement, malgré quelques efforts. Un petit abcès se forma sur le trajet de l'urètre, au-devant de la symphyse des os pubis; cet abcès s'ouvrit de lui-même peu de jours après. Le malade conserva une légère grosseur, sous forme de cordon, depuis l'urètre jusqu'à la peau. L'introduction d'une petite sonde présenta quelques difficultés, produites plutôt par une sorte d'empâtement, de roideur du canal, que par un véritable rétrécissement. Cependant l'instrument parvint dans la vessie, et donna issue à une assez grande quantité d'urine : il fut inutile de sonder de nouveau. Le traitement radical fut ajourné, parce que les occupations du malade ne lui permettaient pas du temps nécessaire : d'ailleurs, sa santé était dérangée; il y avait eu plusieurs accès de fièvre, qui se reproduisirent encore, malgré un régime sévère et les soins assidus que lui prodigua mon confrère Boisseau pendant un voyage que je fus obligé de faire en Italie en septembre 1830. A mon retour, en novembre, je trouvai le malade dans une meilleure situation sous le

rapport de la santé ; mais il urinait toujours avec lenteur et avec un peu de difficulté, surtout le matin à son réveil ; il avait un écoulement continuel, et ressentait de la gêne dans l'urètre ; cependant l'urine était à l'état naturel, et sortait encore par un jet soutenu, quoique petit. Le 2 décembre commença le traitement ; il fut impossible d'introduire une bougie de cire d'un petit volume ; elle se trouvait arrêtée au-devant de la symphyse pubienne, à l'endroit où le petit abcès s'était formé. Cependant je parvins à insinuer une très-petite sonde flexible armée d'un mandrin : au moyen d'une légère pression, ce point du canal fut traversé et la sonde arriva ensuite sans difficulté dans la vessie. Je m'assurai que ce viscère contenait de l'urine, et qu'il ne se vidait pas complétement par ses seules contractions. Le malade n'éprouva aucun mieux par suite de cette introduction, ni pendant les trois jours suivants, que je la répétai : il y avait même une espèce de rétention d'urine tous les matins. Le troisième jour j'introduisis une bougie de cire qui produisit moins d'irritation ; le malade la garda un quart d'heure, et elle rapporta l'empreinte bien dessinée de deux rétrécissements, à cinq lignes l'un de l'autre, mais peu épais. Le premier n'était pas régulier, et il s'était surtout formé aux dépens de la paroi supérieure du canal. Le second, de forme circulaire et moins épais, se trouvait au-dessous de l'arcade pubienne. Chaque bougie qu'on retirait du canal, après un quart d'heure de séjour, portait une empreinte semblable ; mais, à mesure que la dilatation s'opérait, les rainures devenaient moins profondes : à la fin, elles ne furent plus que filiformes, et les grosses bougies présentèrent un plus grand nombre de compressions demi-circulaires et circulaires, de manière à faire croire que l'urètre était le siége de plusieurs rétrécissements commençants.

» Les empreintes étaient plus marquées ici qu'elles ne le sont ordinairement : c'est la seule particularité qu'offrit le traitement, dont les progrès furent rapides et dont aucun accident n'entrava la marche. Le malade quitta Paris le 8 janvier dans l'état le plus satisfaisant.

» Ce qu'il importe surtout de noter dans cette observation, c'est la formation d'un abcès aux parois urétrales, en avant des rétrécissements. Les abcès en cet endroit, liés essentiellement à un état morbide qui a son siége dans la partie membraneuse du canal, me paraissent fort rares, du moins si j'en juge d'après ce que j'ai vu, car j'en ai rencontré peu d'exemples. Dans les deux premiers cas qui s'offrirent à moi, la collection purulente fut très-circonscrite : l'abcès s'ouvrit de lui-même, la suppuration se tarit promptement, et il resta une espèce de cordon ligamenteux, étendu des téguments au canal, que l'on sentait très-distinctement sous le doigt. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 1re part., p. 505.)

Nous l'avons dit, le traitement de ces abcès doit être exactement le même que s'ils communiquaient avec l'urètre.

§ IV. Infiltration d'urine.

Lorsque l'urine pénètre lentement et dans un espace très-circonscrit le tissu cellulaire avec lequel elle se combine en quelque sorte, ce n'est pas à proprement parler l'infiltration d'urine. Celle-ci implique l'idée du liquide fusant à travers les aréoles du tissu lamelleux dans une grande étendue.

Causes de l'infiltration d'urine. La cystotomie sus et sous-pubienne n'est pas exempte de cet accident. Le plus souvent, il est vrai, l'urine s'écoulant facilement au dehors ne détermine point sur les lèvres de la plaie une irritation qui s'oppose à la cicatrisation, et l'inflammation qui s'empare des bords de la solution de continuité les empêche de s'imbiber de l'urine qui la baigne ; mais quelquefois il en est autrement, sans qu'on sache bien se rendre compte de ces cas encore trop fréquents. L'infiltration d'urine est en effet un des accidents les plus fréquents et les plus redoutables de la taille et même de la ponction de la vessie par l'hypogastre. Les contusions du périnée y donnent quelquefois lieu, nous en avons rapporté un exemple à l'occasion des blessures de l'urètre ; ainsi que les altérations que le canal re-

çoit en dedans par l'action des sondes, des corps étrangers, des calculs de l'urètre. Comme cette dernière cause se rencontre assez rarement, le fait suivant, d'ailleurs plein d'intérêt, ne sera pas déplacé ici.

Obs. 1re. « Un enfant de huit ans, qui avait toujours uriné avec facilité, se plaignit tout à coup de difficulté de rendre ses urines. Après s'être agité le corps en différents sens, et avoir fortement pressé la région du périnée avec ses mains, les urines reprirent leur cours ordinaire. Au bout de quelques jours, il eut une nouvelle attaque, plus vive que la première; la rétention fut complète et ne céda pas aux remèdes généraux. L'enfant était tourmenté de douleurs aiguës au périnée et dans le ventre, on essaya de le sonder; mais on ne put faire pénétrer la sonde dans la vessie : une pierre fixée dans l'urètre en empêchait le passage. On eut recours aux bains, aux injections huileuses, etc.; ce fut en vain. Les accidents de la rétention s'aggravèrent; il se fit une crevasse à l'urètre, et les urines se répandirent dans le périnée et les parties voisines. On ne balança plus alors à faire une longue incision dans cette région, on la prolongea même sur le scrotum, qui était infiltré d'urine. Après la sortie de la portion de ce liquide, il était épanché et amassé dans un foyer; au lieu de tenter de suite l'extraction du calcul fixé dans l'urètre, qui était la cause des accidents, on voulut attendre le dégorgement des parties; on espérait d'ailleurs que le calcul se présenterait par la crevasse de l'urètre et serait plus facile à extraire. On pansa l'enfant. Le quatrième jour, observant que les urines ne s'écoulaient pas facilement au dehors; que la tuméfaction des parties infiltrées ne diminuait presque pas, et que les douleurs dans l'urètre persévéraient, on fit les tentatives de l'extraction du calcul. Il était situé profondément dans le commencement du bulbe; la crevasse était plus en arrière et permettait de sentir une portion de la pierre à nu. On put porter dans cette crevasse une sonde dont la cannelure, dirigée en haut, servit de conducteur à un bistouri avec lequel on incisa de derrière en devant l'urètre sur la pierre. Il ne fut pas alors difficile d'enlever ce corps étranger. C'était un calcul olivaire de la grosseur d'une noisette, de sept lignes de longueur, raboteux, noirâtre et très-dur. Les urines s'évacuèrent librement en dehors, le dégorgement des parties infiltrées devint très-apparent; des lambeaux de tissu cellulaire se détachèrent; la suppuration parut d'une bonne qualité; mais ce ne fut que le seizième jour de l'extraction que les urines commencèrent à sortir par le gland. On vit ensuite la cicatrisation s'avancer des angles et des bords de l'incision extérieure. L'enfant, qui avait été très-affaibli, reprit des forces; on augmenta sa nourriture. Les urines se partagèrent entre l'ouverture du gland et la plaie. Des chairs fongueuses furent cautérisées de temps en temps avec la pierre infernale. Enfin le cinquantième jour il ne restait plus qu'un ulcère fistuleux, d'où s'écoulait encore beaucoup d'urine. On se flattait que le retour de l'embonpoint contribuerait à la guérison parfaite, et l'on ne pensait pas que l'urètre, rétréci du côté de la crevasse par la cicatrisation, empêchât le libre cours de l'urine dans le canal. On envoya l'enfant à la campagne. Six mois après, la fistule urinaire était dans le même état; il sortait peu d'urine par le gland. On tenta l'introduction de la sonde, on ne put la faire pénétrer dans la vessie. Cet enfant, qui était indocile, et qui ne souffrait que de l'incommodité de l'écoulement extérieur des urines, refusa opiniâtrément que l'on fît de nouvelles tentatives avec la sonde. On eut recours aux bougies : les premières irritèrent le canal sans franchir l'obstacle. Après s'être servi pendant quinze jours de ces bougies, on en conduisit jusqu'à la vessie : il passa moins d'urine par la fistule; cependant elle ne guérit pas, quoiqu'on continuât long-temps l'usage des bougies, et cet enfant est resté avec les incommodités qui accompagnent une fistule urinaire. On aurait pu sans doute en obtenir la guérison au moyen de la sonde, si cet instrument eût été employé dès le commencement de la cicatrisation de l'incision extérieure; il aurait prévenu le rétrécissement de l'urètre et empêché la

fistule de subsister. La sonde aurait aussi produit ce dernier effet, même après l'usage des bougies. Comme on était parvenu à les porter jusqu'à la vessie, on aurait pu y passer aussi bien et peut-être plus facilement une petite algalie dont la pression constante sur les parois de l'urètre aurait opéré la consolidation de l'ouverture fistuleuse de ce canal. Le seul cas où la sonde pourrait ne pas produire cet effet serait celui d'une crevasse de l'urètre avec grande perte de substance par la gangrène. » (Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires*, t. II, p. 257.)

Les sondes mal dirigées, trop longtemps ou trop souvent en contact avec l'urètre, ont fréquemment ce résultat.

Toutes ces causes sont exceptionnelles, excepté les tentatives de cathétérisme faites dans le cas de rétrécissement organique de l'urètre; car c'est dans la rétention d'urine occasionnée par cette affection que se déclare ordinairement l'infiltration d'urine.

Le mécanisme de cette infiltration offre deux variétés : dans l'une il s'est d'abord formé un noyau ou, si l'on veut, un abcès urineux, qui n'est au fond qu'une infiltration circonscrite, puis tout à coup l'espère de barrière qui s'était plus ou moins long-temps opposée à l'extension de l'infiltration vient à se rompre et alors l'urine pénètre, et, dans un espace plus ou moins considérable, les aréoles du tissu cellulaire. Le professeur Barovero rapporte un cas dans lequel une tumeur existant depuis deux ans à la paroi inférieure de l'urètre augmenta tout à coup en envahissant le pénis et le scrotum. Un traitement approprié procura une guérison qui ne se soutint pas, car la tumeur périnéale se reproduisit au bout de quelques années.

Charles Bell a rencontré des cas analogues; nous empruntons le suivant à M. Civiale :

Obs. 2. « Il entra, dans le service des calculeux, un malade ayant les signes rationnels de la pierre, et chez lequel existaient en même temps un rétrécissement urétral et une tumeur au périnée. Celle-ci était fort dure, et tellement ancienne que le malade croyait l'avoir depuis sa naissance; les difficultés d'uriner n'avaient augmenté que depuis quelques jours seulement, et avec elles la fièvre et un trouble général des fonctions. Il était facile de reconnaître que la tumeur périnéale consistait en un abcès urineux. Dans l'espace d'une nuit, elle se ramollit; le malade éprouva des douleurs, de l'agitation et un surcroît de malaise général. Une incision large et profonde donna issue à de l'urine et à un verre de pus fétide; les symptômes généraux et les douleurs locales disparurent. Deux jours après, l'urine cessa de passer par la plaie, qui se ferma promptement, et le malade fut soumis ensuite au traitement que son état exigeait. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 1re part., p. 470.)

Dans l'autre forme de sa production, l'infiltration s'établit, pour ainsi dire, ex-abrupto : en ce sens qu'aucune tumeur sur le trajet de l'urètre ne l'a précédée. Le malade avait seulement une rétention d'urine dont la cause matérielle siégeait dans ce canal, et puis tout à coup, souvent pendant les efforts pour la miction, l'urètre se crève, quelquefois avec un sentiment de déchirure et de craquement, et l'urine s'infiltre.

Un point important de l'anatomie pathologique de ces infiltrations, et qui se rattache à leur mécanisme, c'est leur siége diversement influencé par les dispositions anatomiques.

« L'étendue des dégâts, les points dans lesquels on les trouve, enfin la marche de l'infiltration dépendent aussi du point de l'urètre qui a subi la solution de continuité. C'est un point de l'urètre qui est au-dessous ou au-dessus de l'aponévrose moyenne du périnée. Quand c'est au-dessus, c'est-à-dire quand la portion membraneuse de l'urètre est atteinte ou la portion prostatique, l'urine infiltrée tend d'abord à se porter du côté du bassin, à cause de la résistance qu'elle rencontre en bas; elle se dirige ensuite vers l'excavation ischio-rectale, là où sont ordinairement les abcès des environs de l'anus, puis vers la couche cellulo-graisseuse du périnée et des bourses. Mais quand la perforation est au-dessous de l'aponévrose moyenne, à partir de la ra-

cine du bulbe, c'est le long de l'urètre et du côté du pénis que l'infiltration chemine, à cause de l'écartement des aponévroses, de la souplesse et de la raréfaction des tissus dans ce sens. On voit quelquefois l'urine se répandre au loin vers les lombes, l'abdomen, et aller même jusqu'aux omoplates. Ainsi, le lieu, la forme de l'infiltration peuvent indiquer le point de l'urètre lésé. Mais les plans aponévrotiques ne limitent, ne dirigent pas toujours les infiltrations. J'ai parlé tantôt de l'inflammation qui pouvait précéder ces infiltrations ou en être la conséquence ; une inflammation préalable peut donc modifier les tissus du périnée, de telle manière que les aponévroses perdent leur influence : l'inflammation peut élever des barrières là où la nature n'en a pas posé ; elle peut détruire celles qui sont dans la composition normale de la région. Ainsi, sans dédaigner, comme le font quelques praticiens, les données anatomiques pour arriver au diagnostic, il faut cependant faire des réserves et ne pas perdre de vue l'élément pathologique. » (Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, t. v, p. 565.)

Symptômes de l'infiltration d'urine. La marche de l'infiltration varie suivant la grandeur de la crevasse de l'urètre, la force avec laquelle le liquide est chassé de la vessie, et la résistance qu'il éprouve à en sortir. C'est un tableau très-bien tracé par Boyer, qui n'a fait, du reste, que reproduire Chopart en le perfectionnant. L'auteur auquel nous allons faire cet emprunt comprend dans son exposé ce que nous avons décrit sous le titre d'abcès urineux, et ce sera à cet égard un résumé de la lésion sous tous ses aspects.

« Si la crevasse est très-étroite et n'intéresse qu'une partie des tuniques de l'urètre, et si le cours de l'urine est peu gêné, elle s'infiltre lentement dans les parois du canal et dans le tissu cellulaire qui les entoure ; elle y forme une ou plusieurs petites tumeurs dures, indolentes, sans changement de couleur à la peau, et qui peuvent rester longtemps dans cet état. Cependant, si elles sont abandonnées à elles-mêmes elles s'amollissent, deviennent plus ou moins sensibles, et finissent par abcéder et par s'ouvrir ; l'urine, qui continue à s'échapper de l'urètre, passant par l'ouverture qui s'y est faite, la rend fistuleuse. On ne peut prévenir cette terminaison et procurer la résolution de la tumeur qu'en rendant à l'urètre les dimensions qu'il a perdues, et en rétablissant la liberté du cours de l'urine par le moyen des bougies et des sondes de gomme élastique : on favorise la résolution en faisant des frictions sur le périnée avec de l'onguent mercuriel et en y appliquant des cataplasmes émollients. Mais il faut pour cela que le mal ne soit pas fort avancé, et que les bougies et les sondes puissent être introduites avec facilité. S'il dure depuis long-temps et que le rétrécissement de l'urètre s'oppose au passage des bougies et des sondes, la suppuration et l'ouverture de la tumeur sont inévitables, et le malade aura une ou plusieurs fistules urinaires.

» Lorsque la crevasse de l'urètre est un peu plus grande, et que ce canal est considérablement rétréci, l'urine se répand dans le tissu cellulaire environnant et y détermine un abcès. Cet abcès commence ordinairement au-dessous de la racine de la verge et s'étend de là avec plus ou moins de rapidité vers le périnée, où il se manifeste sous la forme d'une tumeur oblongue, indolente ou peu douloureuse, sans changement de couleur à la peau. Le volume de cette tumeur n'est jamais en rapport avec l'étendue et la gravité du mal ; presque toujours l'urine s'est creusé un foyer considérable vers l'intérieur, avant de produire au dehors une saillie bien remarquable. Cette circonstance, jointe à la situation profonde de l'abcès et au défaut de fluctuation, en impose souvent sur la nature de la maladie aux gens de l'art qui ont peu d'expérience, et leur fait perdre un temps précieux pour l'ouverture de l'abcès. On doit faire cette ouverture aussitôt qu'on a le moindre indice de l'existence du dépôt. Si l'on tardait à la faire, et surtout si l'on attendait pour s'y déterminer que la fluctuation se fît sentir, le liquide urineux et purulent pourrait franchir les limites du foyer qui le contient,

se répandre au loin et produire la gangrène du tissu cellulaire dans lequel il s'infiltrait. On fait sur la partie moyenne de la tumeur du périnée, une incision longitudinale qui doit pénétrer jusqu'au foyer du mal. Ce foyer est quelquefois si profond qu'on n'y arrive qu'après avoir coupé des parties qui ont plus d'un pouce et demi d'épaisseur à cause de l'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané. Cette circonstance pourrait faire croire qu'on s'est trompé, et qu'il n'y a point d'abcès ; mais la tuméfaction, qui a lieu à la racine de la verge, et dont on apprécie l'étendue en saisissant cette partie avec les doigts, ne laisse aucun doute sur l'existence d'un foyer purulent et urineux, et, en continuant à couper le tissu cellulaire infiltré et duquel, au lieu de sang, il s'écoule un liquide séreux et urineux, ou en déchirant le tissu cellulaire avec le doigt, on arrive à ce foyer, et aussitôt il en sort une grande quantité de matière purulente et urineuse, qui a une odeur très-fétide. L'étendue de l'incision doit être proportionnée à celle de l'abcès, et il faut la prolonger suffisamment par en bas, pour que la matière puisse s'écouler librement. On remplit la plaie avec de la charpie mollette, et on se conduit dans le reste du traitement de la manière que nous indiquerons bientôt.

« Lorsque la crevasse de l'urètre est plus grande que dans le cas précédent, et que ce canal est tellement rétréci que l'urine ne sort qu'avec la plus grande difficulté, ou même qu'elle est complétement retenue, ce liquide s'épanche promptement dans le tissu cellulaire du périnée, se dissémine dans le scrotum et forme un dépôt par infiltration. Ce dépôt s'étend à la verge et à la partie supérieure des cuisses ; il se propage même quelquefois sous la peau du bas-ventre, jusque dans les hypocondres et sur les côtés de la poitrine. J'ai vu un cas dans lequel l'infiltration de l'urine s'étendait aux lombes et au dos jusqu'aux omoplates. Quand la rétention d'urine est complète et la crevasse de l'urètre très-grande, l'infiltration de ce liquide se fait avec une promptitude étonnante, et s'étend d'autant plus loin que la vessie, malgré sa distension, a conservé toute sa force contractile. Mais quand cette force est détruite, quoique la crevasse de l'urètre soit très-grande, l'infiltration de l'urine est plus lente et s'étend moins, parce qu'alors ce liquide, au lieu d'être expulsé de la vessie par la contraction de ce viscère, n'en sort que par regorgement. Dans ce cas les accidents de la rétention d'urine cessent aussitôt que l'urètre est percé, mais la vessie reste distendue et continue à former une tumeur à la partie inférieure de l'abdomen. Ce cas est rare, je ne l'ai rencontré qu'une fois. De tous les liquides de l'économie animale, l'urine étant celui dont l'épanchement est le plus funeste, si l'on n'en procure promptement l'évacuation, elle excite bientôt une suppuration putride dans le tissu cellulaire qui la contient, et le fait tomber en pourriture ; elle attire sur la peau une inflammation gangréneuse, et frappe enfin presque toujours de mort les parties qu'elle abreuve. » (Boyer, *Traité des maladies chirurgicales, et des opérations qui leur conviennent*, t. IX, p. 253.)

Le *diagnostic de l'infiltration d'urine* est généralement facile. La rétention, qui, dans presque tous les cas, a précédé la tumeur, qui, dans quelques-uns, s'est également montrée sur le trajet de l'urètre, le progrès rapide du gonflement, l'espèce de crépitation ou de frémissement qui l'accompagne, la tension de la peau œdémateuse et luisante, la diminution des accidents dépendants de la rétention, tels sont les signes très-caractéristiques du début de la lésion, et les accidents peuvent se borner là si le malade est promptement secouru. Mais si le chirurgien n'intervient pas à temps, et que l'urine continue à être poussée dans le tissu cellulaire, la tumeur s'étend de plus en plus, la peau devient rouge ou violette ; il s'y forme des eschares, dont la chute donnera issue à une sanie fétide qui exhale l'odeur urineuse ; des lambeaux de tissu cellulaire et de peau tombent frappés de mort, et agrandissent l'ulcère continuellement mouillé d'urine.

Il serait donc difficile de se méprendre sur la nature de l'infiltration à toutes les époques de sa durée.

« Cependant, dit M. Civiale, il ne faut pas croire que le diagnostic soit tellement assuré qu'il ne présente parfois quelque incertitude. Dans plusieurs maladies des voies urinaires, qui réclament l'emploi des bougies ou des sondes, on voit survenir de lui-même un gonflement considérable du scrotum, qui pourrait faire croire à un épanchement d'urine. Deux fois, depuis quelques années, j'ai observé le gonflement pour ainsi dire instantané du scrotum dans des cas de rétrécissement urétral ; mais l'absence des symptômes généraux de l'infiltration d'urine me fit promptement reconnaître qu'il s'agissait d'un tout autre accident. On connaît la liaison intime qui existe entre l'urètre et les testicules, ainsi que leurs annexes ; l'influence que l'une de ces parties exerce sur l'autre est constatée par l'expérience de chaque jour. J'ai eu l'occasion d'en faire l'observation un très-grand nombre de fois. Dans quelques cas, cette influence est telle que l'introduction d'une sonde ou d'une bougie détermine une série de contractions du cordon, d'où résulte un mouvement alternatif d'ascension et d'abaissement du testicule. Chez un malade, auquel il était nécessaire d'introduire la sonde plusieurs fois chaque jour pour vider la vessie, j'ai vu survenir l'engorgement spontané d'un des deux testicules ; mais la tumeur disparut presque aussi promptement qu'elle s'était montrée, et au troisième jour les parties étaient rentrées dans leur état normal. Une méprise, qui aurait lieu en pareil cas, durerait peu, et se dissiperait bientôt devant un examen approfondi. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 1re partie, pag. 471.)

Il est des cas insidieux, où, quoique bien fixé sur la nature du liquide qui distend les mailles du tissu cellulaire, le chirurgien peut se tromper sur le siége de l'orifice interne de la fistule : le supposer à l'urètre, par exemple, quand il est à la vessie, c'est pourtant une distinction importante pour le pronostic comme pour le traitement. Peut-être parviendrait-on à éviter l'erreur, au moins dans quelques cas, en tenant compte de la douleur vive qui peut se déclarer dans le bas-ventre au moment de la rupture et de la formation tardive d'une tumeur périnéale. Le fait suivant nous semble précieux à cet égard :

Obs. 3. « M. T..., employé dans un ministère et habitant les Batignolles, avait vu, depuis quinze ans, le jet de son urine diminuer graduellement et finalement se supprimer. La crainte de perdre une place modique, soutien de son existence, le faisait différer encore à invoquer le secours de la médecine, lorsqu'il fut pris d'une rétention complète d'urine. Elle durait déjà depuis quinze heures lorsqu'il appela son médecin, M. Jacquemyns, qui, après quelques tentatives faites avec prudence, me fit demander. Après une heure de tâtonnements, je parvins à introduire une bougie capillaire; puis, au bout d'une autre heure, une petite sonde au moyen de laquelle la vessie fut vidée. Après vingt-quatre heures de séjour, elle fut enlevée; sa sortie fut suivie d'un petit jet d'urine, mais je cherchai vainement à en substituer une autre plus forte, je ne pus y parvenir; je replaçai la première, qui, du reste, suffisait à l'épuisement de la vessie. Le même jour, le malade éprouva subitement dans le ventre une vive douleur : le pouls devint petit, fréquent; une anxiété extrême se manifesta ; la langue était sèche, l'urine s'écoulait par la sonde en moindre quantité. Le troisième jour, une petite tumeur fluctuante s'était montrée à la racine de la verge : elle grossissait rapidement. Je me disposais à en faire l'ouverture, lorsqu'un ami du malade me dit que M. Ricord, appelé par lui, allait venir. J'attendis donc l'arrivée de cet habile et spirituel confrère. La nécessité de promptes et larges ouvertures était évidente : elles furent pratiquées; une sonde plus volumineuse fut introduite dans la vessie et maintenue à demeure; mais les accidents généraux continuèrent à marcher, et le quatrième jour la mort eut lieu.

» D'épouvantables désordres s'offrirent à notre vue au moment de l'autopsie, qui fut faite par M. Jacquemyns et par moi. Vers le côté droit de la vessie existait une large cellule ulcérée et perforée à son sommet; elle communiquait avec la cavité

principale, par une ouverture large de 15 millimètres environ. Une fausse membrane, ayant dix-sept centimètres de largeur, et couverte de granulations pierreuses, se trouvait moitié dans la vessie, moitié dans la cellule. Tout le tissu cellulaire qui avait entouré le col de la vessie était détruit par la gangrène; l'urètre était disséqué depuis ce point jusque vers la racine de la verge et ses parois réduites en lambeaux. L'urine s'était infiltrée en outre par les canaux inguinaux au-dessus du pubis, et était venue former, au-devant du scrotum, la tumeur dont nous avions fait l'ouverture. » (Leroy-d'Étiolles. *Sur les rétrécissements de l'urètre*, p. 437.)

Il est évident que s'il restait des doutes avant que l'urine infiltrée se fût ouvert une issue au dehors, ils cesseraient dès que l'orifice externe de la fistule se serait établi. On se laisserait guider par les signes différentiels des fistules vésicales et des fistules urétrales que nous avons exposés ailleurs. Mais surtout lorsqu'il faut ouvrir une nouvelle voie à l'urine, il est important d'éclaircir le point de bonne heure.

Pronostic de l'infiltration d'urine. Lorsqu'elle vient compliquer une opération de taille, l'infiltration d'urine est un accident grave, comme tous les chirurgiens l'ont observé, et comme, dans ces derniers temps, M. Cock en a rapporté de fréquents exemples. L'infiltration d'urine est, avec la lésion du péritoine, le danger le plus redoutable dans la lithotomie hypogastrique et dans la taille périnéale. Comme complication d'une contusion de l'urètre, si l'on arrive assez tôt pour s'opposer à son développement, à son accroissement, on s'en rend presque toujours facilement maître, et les suites sont peu à craindre. Dans les rétrécissements de l'urètre, le pronostic s'aggrave un peu parce que la lésion primitive du canal peut être très-fâcheuse par elle-même.

Mais c'est principalement sur l'étendue du mal que se règle le pronostic de l'infiltration. Cependant la nature a de puissantes ressources qui surprennent les médecins inexpérimentés. En effet, de larges solutions de continuité aux téguments sont réparées avec une merveilleuse facilité.

« Quelquefois le scrotum en entier, la peau de la verge, celle des aines et de la partie supérieure des cuisses, tombent en gangrène, et les testicules, à nu, restent suspendus au cordon des vaisseaux spermatiques, et flottent, pour ainsi dire, au milieu de cet ulcère énorme. On conçoit à peine comment la cicatrice pourra se faire sur les testicules ainsi dénudés; mais la nature a des ressources sans bornes. Elle collera les testicules et leur cordon aux parties subjacentes; et, attirant la peau de la circonférence vers le centre, elle recouvrira ces organes et leur fournira une nouvelle enveloppe en forme de scrotum. La cicatrisation de cet ulcère est même beaucoup plus prompte que ne semble l'annoncer son étendue. » (Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires*, t. II, p. 252.)

Voici un bel exemple de ce succès, duquel l'art a, il est vrai, le droit de revendiquer une bonne part :

Obs. 4. « *Quarante-cinq ans*; *une blennorrhagie à vingt ans*; *injections fortement astringentes*; *dysurie*; *usage prolongé d'une bougie*; *cinq rétrécissements*; *onze cautérisations*; *tentatives du malade pour introduire une bougie dans la vessie*; *déchirure de l'urètre*; *infiltration d'urine*; *gangrène du scrotum et de tout le tissu cellulaire sous-cutané du côté droit du tronc*; *six incisions successives*; *lotions et pansements avec le chlorure d'oxyde de sodium*; *guérison*.

» Un brasseur, ancien employé à la poste, éprouvait une extrême difficulté pour uriner. Il était grand, fort, sanguin et âgé de cinquante-cinq ans; son affection datait de l'époque de la conscription et l'avait exempté du service militaire. Elle n'avait été précédée que d'une seule blennorrhagie, et celle-ci n'avait duré qu'un mois; mais il avait été fait plusieurs injections irritantes dans l'urètre, et l'on s'était servi de bougies enduites de préparations mercurielles. Il y avait en même temps une blennorrhée abondante, un catarrhe de

vessie et une dyspermasie : le linge présentait des taches d'un jaune verdâtre; les urines étaient glaireuses et fétides, et le sperme ne sortait qu'après que l'érection avait cessé. Ajoutez à cela qu'il existait de petits ulcères sur le prépuce, que le malade était sujet à la goutte, et qu'il rendait fréquemment des graviers avec les urines.

» Depuis longues années, il faisait usage de bougies de gomme élastique, et souvent il était obligé d'en introduire une pour uriner : elle n'arrivait jamais à la vessie.

» J'examinai ce malade le 5 août 1827. Une bougie mince de cire fut arrêtée à quatre pouces et un quart, une petite sonde exploratrice à un pouce et demi, et une moyenne à un demi-pouce. Je promenai légèrement le nitrate d'argent sur les ulcères du prépuce, et, le surlendemain, j'appliquai ce sel à un demi-pouce du méat, d'après une empreinte prise sur ce point.

» Le 8, les ulcères du prépuce étaient guéris. J'obtins une empreinte à deux pouces, et j'y portai le caustique. Il survint un accès de goutte à la suite de cette opération; je ne vis plus le malade que le 15. Il allait bien sous le rapport des voies urinaires. Je pris une nouvelle empreinte à deux pouces et je cautérisai.

» Le 16 et le 19, je fis deux applications semblables à trois pouces, d'après deux empreintes.

» Le 22, la sonde exploratrice atteignit à trois pouces trois quarts; je cautérisai.

» Le 25, j'opérai sur ce même point et à quatre pouces, d'après deux autres empreintes.

» Le 28, une bougie de gomme élastique parvint à la vessie; j'eus une empreinte à cinq pouces, et je cautérisai.

» Le 2 et le 5 septembre, deux empreintes me firent agir à cinq pouces et un quart.

» Le 8, le malade, pressé par ses affaires, négligea de venir me voir.

» Le 9, il chercha à introduire une bougie de gomme élastique; ses tentatives eurent pour résultat la déchirure de l'urètre et l'infiltration de l'urine dans le scrotum.

» Le 10, je trouvai cette partie distendue et rouge. Je m'empressai de passer une sonde dans la vessie et d'inciser largement sur le côté le plus développé de la tumeur, à droite. Déjà la gangrène était dans son intérieur.

» Dix heures après, le soir, les lèvres de la plaie étaient gangrenées, et la tumeur, revenue sur elle-même à droite, avait acquis un nouveau volume à gauche. J'incisai sur ce côté. Il était gangrené aussi dans son intérieur, mais la peau était saine. Je m'assurai que les urines s'écoulaient par la sonde, et je pansai l'une et l'autre plaies avec du chlorure d'oxyde de sodium. Malgré cela, la gangrène fit des progrès; le lendemain matin elle occupait plus de place dans les parties divisées, et le gonflement s'était propagé à l'aine droite. Je fis une troisième ouverture sur cette région, et j'y rencontrai encore la gangrène. J'insistai sur l'application du chlorure : je l'injectai dans les plaies, et je les couvris avec de la charpie imbibée de ce fluide. Je répétai le pansement dans le milieu de la journée et le soir.

» Le 12 au matin, je dus donner un quatrième coup de bistouri à la partie supérieure et externe de la cuisse droite : le gonflement, indice de la gangrène sous-cutanée, était arrivé à cette partie.

» Le 13 et le 14, je pratiquai encore deux incisions : l'une sur le flanc droit et l'autre au bas de l'épaule correspondante. La peau était saine, mais décollée et soulevée dans une étendue de plus de deux pieds carrés par une sanie fétide et semblable à de la lie de vin. Le tissu cellulaire sous-cutané était gangrené dans tout le côté droit du tronc, depuis la ligne blanche jusqu'à l'aisselle et la partie la plus reculée du dos. Il sortait par lambeaux de dix à quinze pouces de long. Une injection faite par l'une des six ouvertures s'échappait par les autres; toutes communiquaient ensemble.

» Un de mes élèves, dont je ne saurais assez louer le zèle, M. Paguéguy, les a pansées jusqu'à trois, quatre fois par jour, et toujours avec du chlorure. La

détersion était complète le 18, et la cicatrisation s'est faite beaucoup plus promptement que je ne l'espérais. La guérison s'est opérée dans un ordre exactement inverse de celui suivant lequel les incisions avaient été pratiquées. La plaie du côté droit du scrotum, la première établie, celle autour de laquelle la gangrène avait exercé le plus de ravages, est la seule qui ait tardé à se fermer; elle était fistuleuse.

» Le malade, que la gangrène et la suppuration avaient amené à une faiblesse et à un amaigrissement extrêmes, a repris en peu de temps des forces et de l'embonpoint. Je l'ai tenu à un régime sévère, et lui ai fait porter la sonde pendant long-temps. Encore aujourd'hui il l'introduit assez souvent. Le canal conserve de la tendance à revenir sur lui-même, et peut-être qu'il faudra le soumettre au caustique dans les parties où les rétrécissements n'ont été que dilatés. Il n'y a plus de gravelle.

» Remarquez la rapidité avec laquelle la gangrène a marché, l'extension qu'elle a prise, le nombre des incisions qu'elle a nécessitées, et le peu de temps que les plaies ont mis à se cicatriser. » (Ségalas, *Traité des rétentions d'urine et des maladies qu'elles produisent*, p. 596.)

Néanmoins on voit des cas où le malade périt malgré le traitement le mieux dirigé, soit qu'il n'ait pas été secouru à temps, soit qu'il offrît moins de réaction, soit enfin par une cause inconnue quelconque.

Chez le sujet de l'observation suivante la mort arrive au moment où l'on touchait à la guérison.

Obs. 5. «M.C...,d'Amiens, éprouvait depuis long-temps des difficultés d'uriner qui avaient fini par augmenter au point que le malade, fatigué de cet état continuel de souffrances et d'angoisses, prit la résolution de venir à Paris pour y subir un traitement. Pendant qu'il faisait ses préparatifs de départ, il éprouva tout à coup, le 25 décembre 1835, une série de symptômes qui lui avaient été jusqu'alors inconnus : l'émission de l'urine exigea moins d'efforts, mais elle s'accompagnait de cuissons et de douleurs excessivement vives dans le périnée, le scrotum, la verge et le pubis. Le malade, déjà fort inquiet de sa situation, fut frappé de la petite quantité de liquide qu'il rendait à chaque fois, et la frayeur qui dès lors l'obséda sans cesse ne lui permit pas d'observer attentivement ce qui se passait en lui. Quoi qu'il en soit, l'urine s'infiltra dans le tissu cellulaire voisin de l'urètre et du col de la vessie, et, en peu de temps, les accidents devinrent si graves que l'on crut devoir faire partir subitement le malade pour Paris. On conçoit sans peine quels désordres amenèrent un délai de dix-huit heures et un voyage de trente lieues par une saison rigoureuse. Lorsque je vis le malade, quelques moments après son arrivée, il présentait les symptômes les plus alarmants : il était dans le bain, et on lui avait prescrit un traitement médical relatif à sa position. Depuis quelques heures il s'était fait au périnée une large ouverture par laquelle s'échappaient l'urine venant de la vessie et une partie du liquide épanché, qui avait envahi le scrotum, le périnée et le pubis. Je fis d'abord au périnée deux grandes incisions, dont le malade eut à peine connaissance, parce que les parties étaient frappées de mort. Il n'en fut pas de même de deux autres, pratiquées l'une à la face inférieure et droite du scrotum, l'autre à l'aine gauche, et qui fournirent une petite quantité de liquide sanguinolent. A la suite de ces incisions le dégorgement s'opéra d'une manière assez prompte, l'état général s'améliora, les forces revinrent et l'on s'occupa de dilater l'urètre, d'abord par l'emploi des bougies molles, puis par l'usage des sondes à demeure, qui furent supportées sans peine. La sensation douloureuse que chaque sonde occasionnait cessait assez promptement. Cependant l'urine continua de couler en partie par la plaie périnéale, circonstance d'autant plus difficile à expliquer alors que la sonde offrait une issue facile au liquide. Du reste, le malade se trouvait si bien qu'il songeait à retourner chez lui, lorsque tout à coup survinrent des frissons vagues, suivis d'une chaleur fébrile; l'appétit diminua, l'urine devint chargée et son passage par la plaie produisait des douleurs. Je m'assurai qu'il

se formait un abcès dans le périnée, entre le col de la vessie et le rectum; le doigt ne pouvait atteindre jusqu'au point le plus reculé de la tumeur, dont il n'explorait que la partie antérieure. Dans une consultation entre MM. Double, Breschet, Baudelocque et moi, il fut décidé qu'on inciserait profondément cette tumeur, sans tenir compte des accidents que pourrait entraîner la division des tissus. Je procédai immédiatement à l'opération ; rien de fâcheux ne survint, mais il ne s'écoula qu'une petite quantité de pus fétide et sanguinolent; les accidents ne diminuèrent pas, et bientôt après le malade succomba.

» A l'ouverture du corps, on trouva la vessie très-saillante au-dessus des pubis, et contenant une assez grande quantité d'urine ; sa surface externe avait une teinte blanchâtre à la partie postérieure et supérieure, noirâtre à la partie antérieure et inférieure. Il y avait au pourtour de son orifice six ouvertures de forme et de grandeur diverses, aboutissant toutes à l'abcès du périnée, qui communiquait lui-même avec la région inguinale gauche par une ouverture latérale, derrière la réunion des portions membraneuse et spongieuse ; là existait aussi un petit calcul ; le canal était rétréci en ce point par des callosités que l'on sentait à travers la membrane muqueuse, elle-même épaissie. Les parois de l'abcès et du double trajet sinueux par lequel l'urine avait coulé étaient noires, épaisses, presque organisées en membranes. Le reste de l'urètre était libre, et néanmoins d'un diamètre moindre qu'à l'ordinaire. La prostate avait à peu près le volume normal, et son tissu n'offrait aucune trace d'altération. Il n'y avait rien de particulier non plus dans les organes spermatiques ; le tissu cellulaire qui entoure la vessie et le rectum était endurci et criait sous le scalpel. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 1re partie, page 477.)

Traitement de l'infiltration d'urine. Chopart pose ainsi les indications : rétablir le cours naturel de l'urine, donner issue à celle qui est épanchée et infiltrée, et remédier aux ravages que cette infiltration a pu causer. L'introduction de la sonde est encore ici un secours de première nécessité. Par ce moyen on arrête immédiatement les progrès de l'infiltration en attaquant le mal dans sa source. Cet habile praticien établit ainsi le précepte de commencer par rétablir le cours des urines ; mais il ne paraît pas y apporter une importance extrême, car il ajoute : « Si l'on n'avait pas encore (après avoir passé la sonde) ouvert le dépôt, soit dans le périnée, soit dans le lieu où il avait commencé à se manifester, il faudrait y procéder sur-le-champ, et attendre que le dégorgement qui suit cette ouverture se fût opéré. » Nous pensons, en effet, qu'il n'y a pas de règle absolue à tracer sous ce rapport : il faut d'abord essayer le cathétérisme ; mais s'il ne réussit pas d'emblée, il faut inciser. Les incisions doivent être multipliées. En agissant ainsi, on facilite l'issue de l'urine et on l'empêche de fuser ailleurs. C'est en vain, du reste, que, dans le but d'épargner quelques parties, on ménagerait les incisions ; celles qui ont été une fois abreuvées d'urine n'échappent jamais à la gangrène, à moins qu'on ne pratique les incisions quand l'infiltration est encore pour ainsi dire à l'état naissant. On est averti de la mort prochaine des parties par la crépitation dont elles deviennent le siége.

« On ne peut établir aucune règle générale quant à la manière de pratiquer les incisions, à leur étendue, à leur direction, à leur profondeur, etc. Chaque cas réclame impérieusement des modifications particulières ; c'est au chirurgien à voir, dans le moment, ce qu'il convient le mieux de faire. Le point sur lequel doit porter l'instrument est surtout difficile à déterminer, d'abord parce que l'on conserve quelquefois des doutes à l'égard du siége précis de la crevasse, ensuite parce que les liquides épanchés peuvent prendre une direction telle que le gonflement principal s'opère à quelque distance de la rupture, et que l'incision faite dans le lieu ordinaire n'arrête pas la gangrène, comme dans un cas dont parle Shaw, où le pénis tomba en sphacèle malgré la division du périnée. Mais il y a deux circonstances sur lesquelles

on ne saurait trop insister : la première est d'agir en toute diligence, la seconde de se tenir en garde contre une méprise que commettent la plupart des jeunes praticiens. Le gonflement des parties est tel qu'on craint toujours de faire les incisions trop profondes et trop étendues ; j'avoue n'avoir pu échapper moi-même à cette illusion au début de ma pratique. Cependant des incisions d'une étendue presque effrayante se réduisent pour ainsi dire à des mouchetures après le dégorgement opéré ; il ne faut pas perdre de vue d'ailleurs que les parties baignées par l'urine se débarrassent avec d'autant plus de facilité, qu'on divise un plus grand nombre de cloisons cellulaires. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 1re part., p. 482.)

Si l'infiltration gagne, si elle remplit les bourses, il ne faut pas hésiter à les inciser largement. Les incisions doivent s'étendre à la verge et partout où l'on constate la présence de l'urine, nous dirions même partout où on le soupçonne. En ouvrant un abcès urineux, il s'en écoule une sanie urineuse ; mais les incisions pratiquées sur les parties infiltrées ne donnent issue qu'à peu ou point d'humeur, et elles ne saignent presque jamais. Les lamelles du tissu cellulaire sont écartées par de la sérosité urineuse ou par du gaz, ou enfin par ces deux fluides en même temps. Ce tissu est d'un aspect blanchâtre, comme couenneux ; d'autres fois il paraît légèrement enflammé et il est livide ou brunâtre. Le lendemain du jour où l'on a fait les incisions il s'établit une fonte putride ; lorsque la peau qu'elles ont divisée n'est pas frappée de mort, elle s'enflamme, devient tendue et douloureuse ; la suppuration se montre dans la plaie ; si les téguments sont gangrenés, ils restent flasques, insensibles ; ils prennent une couleur noire autour de laquelle les parties vivantes présentent tous les caractères d'une inflammation éliminatoire : gonflement, rougeur, suppuration ; et pendant que ce travail s'accomplit dans les téguments, il sort de dessous du tissu cellulaire sphacélé. Cette fonte du tissu cellulaire, cette gangrène de la peau, dénudent l'urètre et les parties voisines dans une étendue qui effraie, comme nous l'avons dit, ceux qui en sont témoins pour la première fois. Nous avons indiqué comment la nature se prête à combler cette perte de substance.

« Que fait l'art dans ce travail ? Si l'on en excepte l'introduction de la sonde, qui, à la vérité, est d'une absolue nécessité pour la guérison radicale, ses secours seront bien bornés, et presque nuls pour la plupart des malades ; car, quand ceux-ci ne sont point épuisés par la longueur de la maladie, qu'ils sont bien constitués et dans la force de l'âge, ils guérissent plus promptement et aussi sûrement, à l'aide d'un bon régime et de pansements simples, que lorsqu'on leur administre des remèdes internes et qu'on fait usage de médicaments topiques composés. La pratique que l'on suit présentement se borne à mettre, les deux premiers jours après l'ouverture du dépôt, de la charpie mollette dans les incisions, et à la couvrir de compresses trempées dant l'eau végéto-minérale simple ou animée d'un peu d'eau-de-vie. Le troisième ou le quatrième jour, lorsque le dégorgement des urines infiltrées est fait et que le gonflement inflammatoire se manifeste, on applique des cataplasmes relâchants, que l'on continue jusqu'à la chute des eschares. Alors on panse quelquefois l'ulcère avec des plumasseaux chargés de styrax ; mais souvent on ne se sert que de charpie sèche que l'on emploie jusqu'à la fin du traitement. S'il se manifeste pendant la cure quelque complication, on cherche à la combattre par des moyens relatifs à l'indication qu'elle présente. C'est ainsi que, dans le cas de prostration des forces et de tendance à la pourriture, on donne intérieurement le kina ou quelque autre cordial et antiseptique. Mais, dans tous les cas, la sonde est le moyen essentiel de guérison ; elle doit être employée de bonne heure, après la détersion complète des plaies et avant qu'elles commencent à se cicatriser : sans elle la cure est presque toujours imparfaite, l'ulcère ne se cicatrise qu'en laissant une ou plusieurs fistules uri-

naires. Nous n'avons vu subsister cette espèce de fistule dans cette occurrence, malgré l'usage de la sonde, que quand les parois de l'urètre avaient souffert une grande perte de substance par la gangrène, et que presque toutes les parties du périnée jusqu'auprès de l'anus avaient été détruites. Nous allons rapporter quelques observations à l'appui de ces principes généraux. » (Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires*, t. II, p. 252.)

L'auteur cite à l'appui de ces préceptes l'observation suivante :

Obs. 6. « Un Irlandais, adulte, d'une constitution sèche et forte, éprouvait depuis une quinzaine d'années des difficultés d'uriner contre lesquelles on avait dirigé successivement divers moyens qui eurent d'autant moins de succès que l'emploi en fut irrégulier et souvent interrompu. Le 27 mars 1836, l'urine, qui ne coulait plus que par gouttes depuis quelque temps, s'arrêta totalement pendant une partie de la journée. Malgré les bains, les cataplasmes et les sangsues, il ne sortit dans la soirée qu'une petite quantité de liquide brûlant et fétide. Appelé pendant la nuit, je fis connaître au médecin tout le danger de la position du malade, qui cependant était alors assez calme. J'essayai d'abord d'introduire une petite bougie, qui fut arrêtée à la courbure de l'urètre, et détermina la sortie de quelques gouttes d'urine. Quatre heures après on se réunit de nouveau chez le malade, dont l'urètre venait de se rompre et l'urine de s'épancher dans le périnée et le scrotum. Il n'y avait pas un instant à perdre ; deux larges et profondes incisions furent pratiquées sur les côtés du périnée, et un grand nombre de mouchetures sur le scrotum et la verge, qui était également envahie. Un dégorgement soudain eut lieu, mais seulement dans les tissus superficiels, et il devint nécessaire de pratiquer deux autres larges et profondes incisions, l'une au-dessus de la verge, l'autre au côté droit, entre le pénis et le prolongement du cordon testiculaire ; à cette dernière il sortit une grande quantité de liquide sanieux et purulent. Un stylet boutonné, porté dans la plaie, pénétra profondément, surtout vers le côté gauche du périnée. Il n'y avait que peu de lignes à parcourir pour atteindre les premières incisions faites la veille ; c'est ce qui me détermina à établir un séton entre les deux incisions dont l'une au côté droit et antérieur de la verge, l'autre au côté gauche du périnée, près de l'anus : ce séton passait au-devant de l'urètre, qu'il croisait à angle très-aigu. La communication ainsi établie entre les deux plaies produisit tout l'effet que j'en attendais ; l'urine trouvant une issue facile, l'infiltration fut bornée, et il n'y eut plus ensuite qu'à pratiquer quelques mouchetures sur le prépuce. A dater de ce moment, les symptômes généraux perdirent de leur gravité, la suppuration s'établit, le dégorgement s'opéra, et les plaies se fermèrent à l'exception du séton, que je laissai jusqu'à ce qu'une sonde flexible, placée dans l'urètre, y eût séjourné assez long-temps pour qu'on n'eût plus à craindre les accidents inflammatoires que les instruments produisent quelquefois au début, quand le canal n'est point encore accoutumé à leur présence. La santé se rétablit malgré quelques erreurs de régime. A mesure que la dilatation fit des progrès, l'urine cessa de couler par la plaie, et les parties rentrèrent dans l'état normal. Lorsque ce malade cessa de porter des sondes, il y eut une forte rétraction des parois urétrales, qu'on tenta de modérer par l'emploi des bougies. L'usage de ces dernières suffit ensuite pour maintenir le canal dans un bon état de dilatabilité ; cependant il fallut insister long-temps sur leur usage. La partie de l'urètre qui avait été le siége du rétrécissement, et le point où la rupture s'était opérée, avaient presque toujours laissé sur la bougie des empreintes d'après lesquelles on put juger des progrès de la guérison. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 1re part. p. 480.)

Le fait suivant offre un tableau assez exact de la marche de la maladie, et de la conduite que doit tenir le chirurgien :

Obs. 7. « Un boucher, âgé de quarante-six ans, d'une forte constitution, et qui avait eu plusieurs gonorrhées,

était sujet à des difficultés d'uriner, surtout quand il s'était livré à la débauche. La diète, les boissons adoucissantes et nitrées, les demi-bains, le repos, suffisaient pour rétablir le cours des urines. En mars 1778, il eut une attaque violente de difficulté d'uriner. Les mêmes moyens qui lui avaient réussi précédemment furent infructueux; les urines s'arrêtèrent. Éprouvant beaucoup de douleur, il fit appeler son chirurgien, qui le saigna deux fois en peu de temps, et lui prescrivit des remèdes généraux. Quoiqu'il ne rendît pas d'urine, et que la vessie fût tendue et élevée au-dessus du pubis, il ne voulut pas consentir à l'introduction de la sonde; il avait une répugnance invincible pour cette opération : il permit seulement l'usage d'une bougie; mais elle s'arrêta au bulbe de l'urètre. On la fixa et sa présence ne fit qu'augmenter l'irritation du canal, sans procurer la sortie d'une seule goutte d'urine. Le malade fut encore saigné : on le mit dans un bain; mais il ne put le supporter. On lui appliqua des sangsues au périnée. Cette saignée locale procura un peu de soulagement. Ensuite les douleurs se renouvelèrent avec force; le ténesme devint plus violent : le malade faisait des efforts continuels pour expulser les urines, et n'en rendait pas une goutte. Cédant enfin aux sollicitations de son chirurgien et de sa famille, il permit de tenter l'introduction de la sonde : il fut impossible de la faire pénétrer dans la vessie. On m'appela avec M. Louis en consultation; il y avait trois jours que le malade n'avait pas rendu d'urine. Quelles qu'aient été nos tentatives pour le sonder avec différentes espèces de sondes, elles furent aussi infructueuses que celles du chirurgien ordinaire; nous éprouvâmes au delà du bulbe une résistance qui nous parut insurmontable pour le moment. La prostate cependant n'était pas trop grosse, et il n'y avait pas de tuméfaction ni d'engorgement sensible au périnée. Il s'était écoulé du sang par la verge dans les premières tentatives qu'on avait faites pour sonder, et il en sortit aussi après celles que nous fîmes pour le même objet. Comme les accidents de la rétention étaient urgents, que le ventre était très-tendu, surtout à la région hypogastrique, nous ne vîmes d'autre ressource, dans cette situation fâcheuse, que la ponction de la vessie au-dessus du pubis. Le malade refusa ce secours. Le soir l'urètre se creva; il se fit un épanchement d'urine dans le périnée et les parties voisines. Les envies d'uriner cessèrent tout à coup; le ventre parut moins tendu : il y eut un calme trompeur. Les bourses, la verge, les aines, infiltrées d'urine, parurent bientôt d'un volume considérable; survinrent des agitations convulsives, du délire, des faiblesses. On vint me chercher le lendemain matin. Le malade avait les yeux hagards, une sueur froide, le pouls petit et intermittent, le scrotum de la grosseur de la tête d'un adulte, la partie supérieure et interne des cuisses œdématiée, et une large tache livide et noirâtre au périnée. Je fis sur-le-champ une longue et profonde incision à cette partie, et une très-étendue à chaque côté du scrotum. Il sortit de l'incision du périnée environ une chopine d'urine très-fétide, il ne s'en écoula pas des incisions du scrotum; il ne parut pas de sang. Les urines continuèrent à sortir par le périnée, surtout en pressant la région de la vessie. Après le dégorgement de ces parties, je pansai le malade. Celui-ci, étant changé de lit, prit deux cuillerées d'une potion composée d'eaux aromatiques, d'esprit volatil et huileux de Sylvius, etc. : il eut un peu de sommeil. A son réveil, il se fit une évacuation abondante de matières noirâtres et très-fétides par l'anus. On continua l'usage de la potion, la boisson d'orangeade. Les pansements furent renouvelés plusieurs fois jusqu'au lendemain, à cause des urines qui sortaient en abondance par le périnée et se répandaient sur les compresses. Pendant la nuit le pouls se releva, on sentit plus de chaleur à la peau; il y eut peu de délire et d'agitation. On donna un lavement, et il sortit encore des matières d'une puanteur excessive : cependant le malade avait déjà beaucoup évacué par les selles avant la crevasse de l'urètre. Le matin, le pouls était fort et vif, la langue sèche, les yeux fixes et animés, le raisonnement juste, la respiration facile, le ventre peu

tendu et presque pas douloureux. Les parties infiltrées d'urine à la région du pubis et aux aines étaient affaissées, la verge restait gonflée et dure, les bourses avaient beaucoup moins de volume que la veille ; le tissu cellulaire des incisions était flasque et livide, et fournissait une sérosité sanieuse : la peau du scrotum et du périnée était gangrenée. Le pansement se fit avec la charpie couverte de styrax, de basilicum, et des compresses trempées dans une décoction de kino. On éloigna l'usage de la potion, et l'on continua les autres boissons. Le soir, la fièvre redoubla, sans qu'il y eût accroissement dans les autres symptômes d'irritation. Pendant la nuit, transpiration abondante, peu de sommeil. Le troisième jour, moins de fièvre, dégorgement très-sensible des parties infiltrées ; limite bien marquée de la gangrène des téguments des bourses et du périnée par un gonflement inflammatoire autour de la racine de la verge, le long des parties latérales du scrotum jusqu'au-devant de l'anus : pansement avec le styrax sur les incisions, des bandelettes de cérat sur les parties enflammées, de l'étoupe de lin et des compresses imbibées de décoction émolliente. Le soir, redoublement de fièvre, écoulement abondant de sanie putride des parties incisées ; même pansement. Le lendemain, j'emportai avec des ciseaux une partie des téguments gangrenés et détachés du tissu cellulaire subjacent : pansement avec la charpie sèche, les bandelettes de cérat, l'étoupe de lin trempée dans la décoction émolliente : moins de fièvre le soir ; nuit tranquille. Le 5, commencement de suppuration autour des eschares : le même pansement fut continué pendant longtemps. Le 13, toutes les eschares étaient tombées. Des lambeaux de tissu cellulaire gangrené se détachèrent ; la tunique vaginale des testicules était à nu, ainsi qu'une grande portion de l'urètre. La tension de la verge ne diminuait pas ; il parut près du prépuce et du côté du frein un petit abcès que j'ouvris, et d'où il sortit de la sérosité putride avec des flocons de tissu cellulaire pourri. Le 18, des lambeaux du même tissu se séparèrent entre la prostate et le rectum. On voyait à la région du périnée un antre profond, et l'urine qui s'écoulait au-devant de cette glande. Quelques jours après, la détuméfaction de la verge permit d'introduire par le méat une sonde, dont le bec parut à nu au milieu du périnée, à plus d'un pouce de distance de l'ouverture qui fournissait les urines. Ne voulant pas fatiguer le malade, qui était très-faible, je remis à un autre temps l'introduction de cet instrument jusqu'à la vessie. Le 25, il s'élevait des bourgeons charnus de la surface de l'ulcère ; et ses bords commençaient à se rapprocher. La suppuration était louable ; on pansait à sec. Le trente-cinquième, la cicatrice s'avançait des bords de l'ulcère ; il ne passait pas encore d'urine par l'urètre. J'introduisis avec peine une algalie le long de ce canal, qui s'était rétréci principalement du côté du périnée ; et ce ne fut pas sans difficulté que je parvins à en faire pénétrer le bec dans l'ouverture de la crevasse qui répondait au col de la vessie : on sentait et même on voyait au périnée cette sonde à nu dans l'étendue d'un pouce. Le malade put la supporter pendant six jours ; le cours des urines se partageait entre elle et la crevasse. Le quarante et unième, je substituai à l'algalie une sonde flexible d'argent recouverte de soie et de cire : celles de gomme élastique n'étaient pas encore en usage. Cette sonde resta pendant vingt jours. On la laissait souvent ouverte, afin que les urines transmises dans la vessie par les uretères s'écoulassent promptement au dehors par sa cavité, et qu'elles se portassent moins dans la crevasse du périnée. On y faisait fréquemment des injections pour la débarrasser des glaires qui venaient de ce viscère. Malgré ces soins, les urines continuaient de couler du côté de la crevasse : cependant la cicatrisation faisait des progrès rapides. Le quatre-vingt-sixième jour, la cicatrice était achevée aux bourses et formait une peau mince de la largeur de dix lignes dans sa plus grande étendue, quoique l'eschare de la partie moyenne du scrotum fût large au moins de deux pouces. Il ne restait plus que l'ouverture du périnée, d'où s'élevaient des fongosités qui s'affaissaient en les touchant

avec la pierre infernale, mais qui se reproduisaient ensuite. On vit cette ouverture se rétrécir, les bords en devenir durs et calleux, et les urines y passer en petite quantité. La sonde fut encore laissée pendant un mois ; on la retirait de temps en temps pour la nettoyer, et on éprouvait alors beaucoup de difficulté dans son introduction. Le malade étant fatigué de la présence de cet instrument, et ne guérissant pas de la fistule du périnée, ne voulut plus qu'on l'employât. Il rendit assez librement de l'urine par le canal pendant l'espace de quinze jours ; puis elle se porta en plus grande partie par l'ouverture fistuleuse, et elle s'en écoulait quelquefois sans que le malade éprouvât le besoin de la rendre, mais le plus souvent quand il voulait y satisfaire. Des consultants appelés pour remédier à cette fistule conseillèrent l'usage des bougies dans l'urètre. Elles furent employées sans succès. On proposa ensuite de la dilater et d'y placer une canule qui pénétrât jusqu'à la vessie, afin de procurer une issue libre aux urines, et d'empêcher qu'elles ne creusassent des sinus et ne formassent des dépôts. Ce boucher, qui avait repris des forces et même un peu d'embonpoint, préféra de continuer l'usage des bougies et de se soumettre aux incommodités de la fistule. Trois mois après il se forma à la fesse droite un abcès urineux, qui s'ouvrit et resta fistuleux. Il en parut un second à quelque distance de celui-là, et qui eut la même terminaison. Les urines se partageaient entre ces trois ouvertures ; il en passait peu par le canal. De nouvelles difficultés d'uriner survinrent. Les urines glaireuses et même puriformes éprouvaient de la résistance à leur passage dans les trajets fistuleux, entourés de callosités. Le malade eut de la fièvre avec frisson ; il se plaignit de douleurs brûlantes dans les reins ; la fièvre devint continue et avec redoublement ; le ventre se tendit. Le hoquet, des faiblesses fréquentes et le délire précédèrent la mort de cet homme, qui, deux ans auparavant, avait été rappelé à la vie par les incisions faites au périnée, et les soins multipliés que je lui avais donnés. Son corps n'a point été ouvert ; mais il est très-probable qu'il est mort des suites d'abcès dans la région des reins, et de suppuration des voies urinaires. » (Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires*, t. II, p. 259.)

Malgré les efforts de la nature pour réparer la perte de substance qu'a laissée la gangrène, il y a une précaution importante à prendre ; car ici la cicatrisation n'est pas tout, il faut qu'en se formant, ou qu'une fois formée, le tissu qui la constitue n'amène pas le rétrécissement de l'urètre. Or, à ce point de vue, les coarctations qui en sont la conséquence rentrent dans celles qui dépendent d'une cause traumatique. Le tissu de la cicatrice conserve long-temps, presque indéfiniment, de la tendance à revenir sur lui-même, et il faut s'opposer à cette rétractilité tant que quelque chose n'indique pas qu'elle est éteinte. On a vu des cas où le canal s'est oblitéré de nouveau, après avoir conservé tout son calibre pendant des années à l'aide de la présence permanente de la sonde, et des rétrécissements se manifester quand tout semblait porter à croire qu'ils n'étaient plus à craindre. L'observation, que nous allons emprunter à M. Lallemand, est en quelque sorte extraordinaire sous ce rapport. Elle est encore intéressante à un autre point de vue, celui du développement de la gangrène du scrotum sous l'influence de la sonde alors que rien n'annonçait cet accident ; accident qui n'est pas très-rare, car nous en avons vu un absolument semblable à la Pitié, dans le service du professeur Sanson, sur un malade à qui un chirurgien de la ville avait fait la taille suspubienne.

Obs. 8. « *Blennorrhagie, rétention d'urine complète, fistules urinaires traitées par la sonde ; inflammation gangréneuse; sondes à demeure pendant trois ans; rétrécissement de six pouces à huit pouces un quart; quatorze cautérisations en deux mois ; guérison.*

» Machiavelli (Louis), de Parme, brocanteur, d'une constitution robuste, contracta, à l'âge de quarante ans (1809), une maladie vénérienne, qui fut traitée par les préparations mercurielles. Un mois après la cicatrisation de ses bubons,

il lui survint une blennorrhagie très-abondante, qu'il regarda comme une suite de l'infection syphilitique. On tenta de l'arrêter par des injections astringentes ; elles produisirent une grande difficulté et beaucoup de douleur dans l'émission des urines. L'inflammation se porta sur les testicules. Combattue par les émollients et les antiphlogistiques, elle diminua ; mais l'écoulement revint et ne cessa jamais complétement, malgré différents traitements, et s'exaspérait même souvent pour la moindre cause. Depuis cette époque le malade conserva un sentiment de gêne et de douleur vers la racine de la verge ; les urines ne coulèrent plus qu'avec difficulté, par un jet court et bifurqué. Le rétrécissement de l'urètre, combattu pendant dix-huit mois avec quelque succès par les bougies de corde à boyau, fit ensuite des progrès. Il survint une rétention d'urine complète, qui amena la rupture de la portion membraneuse de l'urètre ; un épanchement d'urine dans le tissu cellulaire du périnée, une suppuration abondante, et enfin des fistules urinaires, pour lesquelles le malade entra à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier le 23 mars 1821.

» Je tentai vainement de franchir le rétrécissement avec des sondes d'argent ou de gomme élastique très-fines ; mais, après plusieurs jours d'essais, je passai des bougies de corde à boyau du plus petit calibre, dont j'augmentai peu à peu le volume.

» M. Delpech, qui prit le service le 1er mai, parvint, au bout de quatre jours, à introduire une sonde de platine, qu'il remplaça, quelques jours après, par une sonde de gomme élastique, à laquelle il en substitua, huit jours après, une plus grosse. Le malade les supportait très-bien et les fistules marchaient vers la cicatrisation, lorsque, le vingtième jour, il se manifesta tout à coup une violente inflammation, qui se termina promptement par gangrène et détruisit en peu de jours tout le scrotum, quoiqu'on eût eu le soin de retirer la sonde dès le début des accidents. Les deux testicules et les cordons des vaisseaux spermatiques furent complétement dénudés. Cependant un nouveau scrotum se forma aux dépens de la peau environnante, la sonde fut de nouveau maintenue dans le canal, les fistules se fermèrent, et le malade fut en état de sortir de l'hôpital vers la fin du mois d'août. M. Delpech lui conseilla de porter encore la sonde, pendant deux mois, d'une manière à peu près continue, et d'en faire usage ensuite à des époques de plus en plus éloignées.

» Le malade se conforma à ces instructions ; mais, lorsqu'il eut retiré la sonde, il ne put uriner. Le lendemain, il rendit ses urines involontairement, goutte à goutte, et continuellement. Il remit de nouveau la sonde et la garda long-temps. Enfin voyant que, chaque fois qu'il essayait de s'en passer, il commençait par ne pouvoir pas rendre ses urines, et finissait par ne plus pouvoir les retenir, il prit le parti de garder constamment une sonde à demeure dans la vessie.

» Depuis trois ans il était assujetti à cette pénible et dégoûtante incommodité, lorsque, se trouvant à Montpellier, le 10 juin, il vint me demander une sonde pour remplacer celle qu'il portait depuis une quinzaine de jours. Elle était du n° 9 et fort altérée. Le malade la fixait à un suspensoir et l'environnait de nombreux chiffons, malgré lesquels ses vêtements étaient inondés de pus et d'urine. Le tout exhalait, à une grande distance, une odeur infecte. La peau qui remplaçait le scrotum était tendue et sillonnée de cicatrices.

» En rapprochant toutes ces circonstances, je pensai que, d'un côté, les parties endurcies du canal, dilatées, mais non détruites, par l'emploi prolongé de la sonde, revenaient sur elles-mêmes, dès qu'elles n'étaient plus maintenues dans un état d'écartement, et que, de l'autre, la vessie, habituellement distendue pendant douze ans, avait perdu son ressort, au point de ne plus pouvoir vaincre la résistance que le rapprochement des parois épaissies de l'urètre opposait au passage de l'urine. Quant à l'incontinence, qui succédait à la rétention, il était facile de concevoir que le trop plein s'échappait par regorgement de cette poche presque inerte, lorsqu'elle cessait de pouvoir se distendre. Si cette explication était fondée, il était permis d'espé-

rer que la vessie reprendrait assez de vigueur pour se vider complétement lorsqu'on aurait détruit tout ce qui pouvait s'opposer au libre passage de l'urine. Le malade saisit avec empressement cette idée, et je commençai à l'instant même son traitement.

» J'introduisis jusqu'à sept pouces et un quart un porte-empreinte très-gros, chargé d'une cire un peu molle et muni à l'intérieur d'une forte bougie de gomme élastique. Une partie de la cire remonta le long de la sonde ; le reste s'allongea en cône légèrement recourbé et surmonté d'une tige d'une demi-ligne d'épaisseur sur une ligne de longueur. Le diamètre du canal diminuait donc à partir de six pouces et demi, et à sept pouces et un quart il était beaucoup plus étroit que je ne l'avais cru, d'après le volume de la sonde que je venais de retirer. Je cautérisai aussitôt la partie supérieure du canal, de sept pouces et un quart à sept pouces trois-quarts, avec une sonde courbe n° 4, et, immédiatement après, la paroi inférieure, un peu moins profondément, parce que la constriction produite par la première cautérisation empêcha la sonde de pénétrer dans la partie la plus étroite du rétrécissement. En imprimant à l'instrument des mouvements latéraux, je sentis qu'il frottait rudement sur une surface qui paraissait avoir la dureté d'un fibro-cartilage. Pendant ces deux cautérisations le malade n'éprouva pas la moindre douleur.

» Je lui donnai une petite sonde de gomme élastique, avec recommandation de ne s'en servir que quand il serait pressé par un vif besoin d'uriner qu'il ne pourrait satisfaire, et de la retirer dès qu'il aurait vidé sa vessie. Le même jour, il rendit deux fois volontairement quelque peu d'urine; les jours suivants, il fut obligé de se sonder matin et soir.

» Le huitième jour (18 juin), un porte-empreinte, beaucoup plus petit que le premier, fut arrêté à six pouces et demi. La masse de cire sortit inégale, bosselée et sans tige à son extrémité. Cependant toutes les eschares étaient tombées depuis long-temps.

» La vessie étant exactement vidée par le cathétérisme, troisième cautérisation en bas, de sept pouces et un quart à sept pouces trois-quarts, avec la sonde n° 4. Immédiatement après, quatrième cautérisation en haut, avec la même sonde, de six pouces et demi à sept pouces et un quart. Le même jour, le malade rendit ses urines avec plus de facilité et en plus grande abondance ; mais le lendemain et les jours suivants, il fut de nouveau obligé de se sonder, matin et soir, pour vider complétement sa vessie.

» Le 27, cinquième cautérisation en haut, de sept pouces et un quart à sept pouces trois quarts, avec la sonde n° 6. Immédiatement après, sixième cautérisation en bas, avec la même sonde n° 6, de six pouces et demi à sept pouces et un quart. Peu de changement dans l'émission des urines.

» Le 6 juillet, un porte-empreinte du même volume que le dernier fut arrêté à quatre pouces pendant fort long-temps ; ensuite, la cire s'étant ramollie, il finit par pénétrer, mais avec une extrême lenteur, jusqu'à six pouces seulement, sans rapporter de tige distincte, et sortit déformé comme le précédent qui avait pénétré à six pouces et demi. Ainsi, le canal n'étant plus dilaté par la présence habituelle de la sonde, revenait de plus en plus sur lui-même et décelait des rétrécissements dans des parties qui jusqu'alors avaient paru libres. Cautérisation circulaire avec la sonde droite n° 8, de six pouces à six pouces et demi ; et immédiatement après, de quatre pouces à quatre pouces et demi. Dans ces deux cautérisations je sentis la sonde frotter rudement contre des tissus calleux, et le malade n'éprouva pas la moindre douleur. Point de changement dans l'émission des urines. Le malade se sondait toujours deux fois par jour pour vider complétement sa vessie.

» Le 15 juillet, un porte-empreinte assez gros pénétra comme la première fois, mais avec moins de facilité, jusqu'à sept pouces et un quart, et rapporta une tige semblable à la première empreinte, mais beaucoup plus petite. Ainsi, malgré les six cautérisations précédentes, le rétrécissement semblait avoir augmenté, tant était grande la force avec laquelle se rapprochaient les parois du canal abandon-

nées à elles-mêmes, après trois ans de distension forcée. Septième cautérisation en haut, avec la sonde-courbe n° 6, de sept pouces et un quart à huit pouces. Huitième cautérisation en bas, dans la même étendue, avec la sonde n° 5. Le frottement de l'instrument sur les parties cautérisées fut toujours fort rude, et le malade n'éprouva aucune douleur.

» Le lendemain et les jours suivants, le jet de l'urine fut plus gros et plus long, mais toujours entortillé. Le cathétérisme ne fut plus nécessaire qu'une fois par jour.

» Le 24, en sondant le malade pour vider sa vessie, je remarquai que la sonde n'était plus arrêtée qu'à une petite distance du col par une espèce d'anneau difficile à franchir. Je marquai le niveau du gland par une entaille, et je mesurai la distance de cette marque à l'extrémité de la sonde ; il y avait huit pouces : ainsi le rétrécissement, qui commençait à sept pouces et un quart, avait environ un pouce d'étendue, et la cautérisation n'en avait élargi que la partie antérieure. En conséquence, je cautérisai en haut et en bas, de huit pouces à huit pouces et demi, avec la sonde n° 6 d'abord, puis avec la sonde n° 4 : point de douleur. Le même jour envies fréquentes d'uriner, émission facile mais peu abondante d'urine. Les jours suivants, la vessie se vide presque complétement.

» Du 27 juillet au 2 août, j'introduisis matin et soir une sonde n° 10, et je la laissai une demi-heure. Le 3, je voulus passer une sonde n° 11 ; mais je fus arrêté à huit pouces. J'introduisis une sonde n° 10, et quoique le malade vînt d'uriner très-facilement devant moi, il sortit de la vessie plus de deux verres d'urine. Ainsi, elle ne se vidait pas encore complétement, et je jugeai qu'il était indispensable d'agrandir encore l'extrémité postérieure du rétrécissement.

» Je pratiquai donc une troisième puis une quatrième cautérisation de huit pouces à huit pouces et demi. Cette fois, l'opération fut accompagnée de douleurs assez vives ; et le malade me dit qu'ayant détruit dans les cautérisations précédentes *toutes les parties mortes*, j'avais été cette fois jusqu'au *vif* : expressions remarquables, en ce qu'elles prouvent que la cautérisation n'est douloureuse que quand elle porte sur des tissus sains.

» A dater de ce moment, le malade urina à une distance de deux à trois pieds, par un jet plein, droit et continu. Il vida chaque fois complétement sa vessie. Les urines devinrent de plus en plus transparentes : les premières gouttes, qui jusque-là avaient été purulentes, devinrent aussi claires que les autres.

» Le 7, je commençai à introduire la sonde n° 10. Aujourd'hui 10 août, une sonde n° 11 a passé avec facilité. Le malade urine à plein jet et vide chaque fois complétement sa vessie. Je le regardai comme entièrement guéri.

» Cette observation offre un contraste remarquable entre les effets de la dilatation et ceux de la cautérisation. Après dix-huit mois de traitement par les bougies de corde à boyau, le rétrécissement continue à faire des progrès, et quelques années après, une rétention d'urine complète détermine la rupture du canal et l'établissement de fistules urinaires traitées par la dilatation. Elles font d'abord des progrès rapides vers la guérison. Le canal ne paraît point incommodé de la présence de la sonde ; cependant une inflammation violente se déclare, et, malgré les soins du plus habile praticien, détruit en quelques jours tout le scrotum. Toutefois, il se répare aux dépens de la peau voisine ; la sonde est de nouveau introduite, les fistules se forment et le malade paraît guéri ; mais il reste dans la triste nécessité de porter une sonde à demeure dans la vessie, et au bout de trois ans il n'est pas plus avancé que le premier jour. Sitôt qu'il la retire, il ne peut plus rendre ses urines, et le lendemain il est inondé par leur écoulement involontaire.

» La sonde est de calibre n° 9, elle a donc trois lignes de diamètre. On la retire pour prendre l'empreinte du canal, et cette empreinte rapporte à sept pouces et un quart une tige de demi-ligne de diamètre ; ainsi, dès que la cause dilatante cesse de tenir écartées les parois endurcies du canal, il perd les cinq-sixièmes de sa capacité. Huit jours après,

un porte-empreinte plus petit d'un tiers que le premier ne peut plus pénétrer qu'à six pouces et demi. Neuf jours plus tard, le même porte-empreinte est arrêté à quatre pouces, et n'arrive qu'avec peine à six. Enfin, six cautérisations sont pratiquées sur le rétrécissement qui a fourni la première empreinte; on en prend une nouvelle qui donne une tige semblable, mais de moitié plus petite parce que, pendant les trente-cinq jours employés à ces cautérisations, les parties endurcies du canal n'étant plus écartées sont revenues sur elles-mêmes avec plus d'énergie que le caustique n'en a mis à les détruire. Cependant, l'urine sort par un jet de jour en jour plus gros et plus rapide; l'introduction des sondes devient de jour en jour plus facile: il y a donc en même temps augmentation apparente du rétrécissement par le resserrement du canal, et élargissement réel de l'obstacle par la cautérisation.

» Enfin, après deux mois de traitement et quatorze cautérisations, le malade rend aujourd'hui ses urines avec facilité et en totalité. Ce traitement a été beaucoup moins pénible pour lui que l'incommodité à laquelle il était assujetti sans aucun espoir d'en tirer la moindre amélioration. Ce cas était cependant un des moins favorables au succès de la cautérisation; car, d'après les nombreux accidents éprouvés par le malade, il est probable que tous les tissus compris entre la membrane muqueuse de l'urètre et la peau du périnée étaient plus ou moins altérés ou endurcis. » (Lallemand, *Observations sur les maladies des organes génito-urinaires*, 1re partie, p. 47.)

Est-il bien sûr que ce malade n'eût rien à la prostate?

ARTICLE X.

Fistules de l'urètre.

On a distingué les fistules de l'urètre comme celles de l'extrémité terminale de l'intestin, en incomplètes et en complètes, et l'on a sous-divisé les premières en incomplètes externes ou borgnes-externes, et les secondes en incomplètes internes ou borgnes-internes.

§ I. Fistules incomplètes externes.

Nous ne parlons ici de ces fistules que pour mémoire; car elles n'offrent rien qui ne se retrouve dans les fistules cutanées des autres régions; en un mot, rien de spécial. Aussi Chopart, qui a voulu y consacrer un chapitre à part, en a-t-il fait un très-faible et très-vide; il devait être nul. Les auteurs qui l'ont suivi, Boyer, MM. Vidal de Cassis, Civiale, etc., l'ont bien compris.

§ II. Fistules incomplètes internes.

C'est un point qui, rentrant dans les abcès et les dépôts urineux, a déjà été traité, et nous n'y reviendrons qu'à l'occasion de la pathogénie des fistules complètes de l'urètre.

§ III. Fistules complètes.

Ce sont les seules fistules importantes du canal de l'urètre, à ce point qu'on les désigne simplement par l'expression de fistules de l'urètre. C'est aussi de cette dernière dénomination que nous nous servirons. Nous aurons surtout en vue celles qui ont lieu chez l'homme.

Causes des fistules de l'urètre. Les fistules de l'urètre sont la conséquence des solutions de continuité traumatiques ou chirurgicales du canal, comme les plaies avec perte de substance, comme la taille périnéale, et principalement les tailles recto-vésicale et vagino-vésicale. Nous avons vu que les corps étrangers de l'urètre sont quelquefois suivis de cet accident, dont la cause ordinaire est la rétention d'urine, surtout celle qui résulte des rétrécissements de l'urètre. Ces fistules débutent le plus souvent par le dépôt ou par l'abcès urineux, et enfin par l'infiltration d'urine. Les abcès de la prostate, etc., peuvent aussi leur donner naissance. Les abcès urineux, qui n'ont d'urineux que l'odeur et le nom; ceux où l'urine ne révèle sa présence par rien qui soit matériellement saisissable, et où les parties les plus subtiles semblent pénétrées par une sorte de transsudation; ceux, en un mot, qui sont sans perforation apparente du canal, n'engendrent point de fistules.

Les fausses routes en entraînent bien

rarement la formation. Comme elles s'ouvrent dans le canal, en avant de l'obstacle, et qu'à partir de ce point elles le peuvent parcourir en liberté, elles rentrent ainsi en quelque façon dans leur lit, dont elles avaient été un instant détournées. Nous citerons à cet égard l'observation suivante, qui présente des détails cadavériques intéressants.

Obs. 1re. «Un homme de trente-six ans vint se faire traiter de fistules urinaires, suites d'une coarctation urétrale négligée. Quinze ans auparavant il avait contracté une blennorrhagie, accompagnée de chancres et de bubons, dont il ne parvint à se débarrasser qu'avec beaucoup de peine. Voyant, il y a dix ans, le jet de l'urine diminuer insensiblement de calibre, éprouvant en outre des besoins incessants d'uriner, avec grande difficulté dans l'accomplissement de cette fonction, il réclama les soins d'un médecin du pays qu'il habitait. Celui-ci reconnut un rétrécissement organique ayant son siége à la courbure sous-pubienne, dont il entreprit la guérison par les grosses sondes métalliques de Mayor. A chaque introduction le malade souffrait horriblement et répandait beaucoup de sang. Près de deux mois s'écoulèrent avant que le cathéter arrivât dans la vessie. Depuis lors l'état alla toujours en s'aggravant. Le sujet, obligé pour vivre d'exercer l'état de pêcheur, faisait chaque jour de très-longues courses à cheval avec la sonde à demeure. Il fut pris plusieurs fois de dysurie, puis de strangurie, et bientôt de fistule urinaire, dont il ne put se débarrasser. Peu après son entrée à l'hôpital, il succomba. Les reins étaient à peu près sains. La vessie, de faible capacité et peu hypertrophiée, ne présentait rien d'anormal. Sa surface interne était pâle, avec quelques taches ardoisées peu sensibles. On y remarquait l'orifice d'une cellule peu profonde, derrière l'orifice de l'urètre gauche. L'urètre fut ouvert en dessus dans toute son étendue. Je n'avais encore jamais vu de lésions plus nombreuses et plus profondes. La partie correspondante à la fosse naviculaire ne présentait rien de ce qu'on observe dans l'état ordinaire. Il n'y avait aucune trace de cette fosse. Les parois étaient dures, presque cartilagineuses et d'un aspect jaunâtre. Le gland lui-même avait changé de texture : immédiatement derrière lui commençait une cavité qui aurait pu contenir un corps du volume d'une grosse amande, et deux fois plus long. Cette cavité avait deux pouces d'avant en arrière. A sa face inférieure s'ouvraient trois fistules, dont deux en arrière. L'un des orifices fistuleux aurait admis l'extrémité du petit doigt. L'autre était beaucoup plus petit. Tous deux étaient séparés par une bande fibreuse fort épaisse. A la partie antérieure de l'excavation, et sous une autre bande fibreuse également transversale, se trouvait la troisième fistule, qui s'ouvrait extérieurement à droite, près du gland. Outre les deux bandes fibreuses, la surface interne de la cavité présentait plusieurs autres saillies longitudinales et obliques, mais toutes moins prononcées que les deux premières. En devant, l'excavation se terminait d'une manière brusque. Elle était tapissée par une membrane muqueuse légèrement épaissie de distance en distance, et d'une teinte ardoisée. Derrière elle, et jusqu'à l'orifice interne de l'urètre, la membrane était encore plus épaisse et plus foncée en couleur. Mais l'altération la plus remarquable était celle des tissus sous-muqueux dans toute la partie mobile de la verge. Je viens de dire que le gland avait subi une sorte de dégénérescence : son tissu était induré, jaunâtre et criant sous le scalpel. Plus loin, la dureté était encore plus grande, et ce tissu ressemblait à du cartilage. Quant à la consistance et à la couleur, le tissu dense qui recouvrait la membrane muqueuse avait plus de six lignes d'épaisseur au pourtour de l'urètre. En haut, entre le canal et les corps caverneux, cette couche avait dix lignes dans plusieurs endroits; mais son développement était fort inégal. La densité différait aussi : elle était si grande sur certains points, que la section s'opérait difficilement. Au niveau de l'orifice des fistules la couche allait en diminuant, de manière à ne plus enfin laisser de traces. Elle comprenait les tissus propres de l'urètre, de la structure desquels on ne distinguait plus rien. A la face infé-

rieure de la portion membraneuse se trouvait l'orifice d'une large et ancienne fausse route, qui avait établi un canal entre la prostate, le bas-fond de la vessie et le rectum. Je n'avais pas découvert cette fausse route en introduisant une sonde de gomme élastique pendant la vie : à la vérité, j'ai coutume de faire parcourir aux instruments la face supérieure de la partie profonde du canal. C'est, du reste, par cette fausse route que l'urètre communiquait avec un vaste foyer purulent situé en arrière et à droite du bas-fond de la vessie ; ce foyer s'élevait derrière la branche du pubis, au niveau de l'aine, dans la fosse iliaque et à la région lombaire, jusque près du rein. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*. Ire part., p. 532.)

Caractères anatomiques des fistules de l'urètre. Les fistules de l'urètre ont leur orifice interne le plus souvent unique, quelquefois multiple à la portion membraneuse du canal. C'est leur siége le plus fréquent ; mais elles partent aussi de la région prostatique, qui, dans certains cas, est comme criblée ; enfin, on les rencontre également dans la portion spongieuse.

Si le plus souvent l'orifice interne de la fistule est unique, elle peut s'ouvrir à l'extérieur par un grand nombre de pertuis. L'urine en suivant un trajet d'abord unique en irrite les parois, composées de tissus qui n'étaient point destinés à recevoir le contact de ce liquide, il se forme de petits abcès sous la peau : aboutissant d'un côté à la fistule, de l'autre ils s'ouvrent ou sont ouverts au dehors ; de là de nouveaux embranchements fistuleux : on en a compté jusqu'à trente et même cinquante ; ces embranchements peuvent monter jusqu'à la poitrine et descendre jusqu'aux cuisses et à la partie supérieure de la jambe ; mais ordinairement les bornes du périnée ne sont pas dépassées. Ces ramifications nombreuses ne se montrent guère que dans les fistules anciennes ; cependant on a vu cinq de ces trajets secondaires s'établir en deux mois.

Nous compléterons l'anatomie pathologique des fistules urétrales en empruntant le passage suivant à M. Civiale :

« Le plus communément il n'y a qu'un seul trajet fistuleux qui acquiert une organisation spéciale. La surface interne se recouvre d'une membrane muqueuse de nouvelle formation. Les parois ont assez de consistance pour former une sorte de cordon ligamenteux, que l'on sent au moyen du doigt, à moins qu'il n'y ait induration des tissus voisins, circonstance d'ailleurs assez commune, et dont il faut tenir compte sous plusieurs rapports. Dans quelque cas de maladies anciennes, l'oganisation du trajet fistuleux se propage aux embranchements : d'où résulte un vaste réseau de membranes muqueuses de nouvelle formation, fournissant parfois une sécrétion fort abondante de matière puriforme. L'induration du voisinage des trajets fistuleux, qui varie plus ou moins en étendue, en profondeur et en densité, avec des inégalités et des bosselures, est presque toujours sans douleurs, lorsqu'elle est ancienne et qu'il ne se forme pas de nouveaux épanchements d'urine ; car autrement la douleur existe à un degré variable, et elle est souvent accompagnée de rougeur à la peau. Cette induration du tissu cellulaire résulte d'un travail inflammatoire qui modifie et change la structure des parties, et leur fait prendre des caractères spéciaux, relatifs soit à la texture primitive, soit à la marche de l'inflammation. Du reste, celle-ci tient évidemment à l'infiltration urinaire, qui n'est point assez abondante pour donner lieu à un abcès ; peut-être aussi dépend-elle de ce que, la vitalité des parties étant peu développée, la réaction n'a pas assez d'intensité pour déterminer la formation du pus, et le travail inflammatoire se borne alors à produire une induration.

» Quoi qu'il en soit de la manière dont l'altération des tissus se produit, elle peut envahir une étendue considérable, et, après le tissu cellulaire, qu'elle attaque d'abord, entreprendre les autres tissus, sans même excepter les os. J'ai vu un cas dans lequel la face postérieure des os pubis avait été frappée de nécrose par suite du contact prolongé de l'urine : c'était après une opération de taille hy-

pogastrique dont j'ai parlé dans mon Parallèle.

» L'altération du tissu cellulaire baigné par l'urine n'a pas pour unique résultat de lui procurer plus de consistance : elle en accroît aussi le volume, change son mode de vitalité et le prive presque entièrement de la sensibilité, à tel point qu'on peut l'inciser sans produire, pour ainsi dire, de douleur, à moins que l'instrument tranchant n'atteigne quelque partie qui ait été épargnée par la maladie. Il faut donc l'étudier avec d'autant plus de soin, qu'elle fournit des données qui servent de guide dans le mode de traitement à adopter.

» Quant au développement que les tissus peuvent prendre sous cette influence morbide, et qui est proportionné à l'élasticité primitive du tissu cellulaire et surtout des téguments, il y a une distinction à établir, sous ce rapport, entre les fistules simples et les fistules multiples.

» Lorsque l'urine s'échappe par un seul trajet fistuleux, les parties voisines offrent rarement des altérations. J'ai vu plusieurs malades qui portaient des fistules simples depuis un grand nombre d'années, sans induration au voisinage : on distinguait seulement au toucher une sorte de corde indiquant l'étendue de la fistule. Plusieurs circonstances concouraient à produire cet effet : le trajet fistuleux est parfaitement organisé, ses parois sont denses, de structure serrée, et il laisse peu filtrer l'urine ; celle-ci ne s'échappe généralement qu'en petite quantité et à des intervalles plus ou moins longs ; la direction du trajet est régulière, et rien ne s'oppose à ce que le liquide arrive au dehors. Dans deux cas de ce genre, le trajet s'étendait de la partie membraneuse de l'urètre à la région inférieure du scrotum ; mais l'urine sourdait en si petite quantité que les malades restaient des jours entiers sans être mouillés. L'écoulement recommençait ensuite par l'ouverture d'une très-petite tumeur récemment fermée, et de laquelle s'échappait du pus mêlé d'urine.

» Lorsque, au contraire, le trajet se bifurque ou se subdivise, et que les embranchements s'étendent plus ou moins loin de la fistule primitive, le tissu cellulaire compris entre eux prend une consistance et un développement considérables, par suite desquels le périnée, la partie interne et supérieure des cuisses, le pubis, le bas de la région hypogastrique, le scrotum et la verge sont envahis par une seule tumeur, qui change totalement l'aspect des parties. Dans plusieurs des faits que j'ai cités, cette particularité existait ; elle était surtout très-prononcée chez un malade dont le scrotum et la verge étaient devenus triples ou quadruples de ce qu'ils sont dans l'état normal. On l'observe ailleurs fréquemment, et les auteurs en ont cité des exemples fort curieux. L'un des plus remarquables est celui d'un de nos cardinaux, mort depuis quelques années, et dont M. Roux a fait l'histoire dans une de ses leçons à l'hôpital de la Charité. Ce prélat avait le scrotum et les alentours criblés d'une trentaine de trajets fistuleux ; le pénis était enseveli dans une masse informe, du volume de la tête d'un enfant : on incisa le prépuce induré pour mettre le gland à découvert ; il ne fallut pas moins de trois séances pour rétablir le canal au moyen d'une sonde à laquelle on donna une courbure spéciale ; il y eut une hémorrhagie considérable qui fit soupçonner une fausse route ; cependant toutes les fistules guérirent, à l'exception d'une seule.

» Il y a, dans l'altération du tissu cellulaire par le fait du contact de l'urine, une circonstance qui doit être prise en considération, d'autant plus qu'elle est de nature à modifier la pratique chirurgicale généralement admise. Le développement et l'induration ,qui s'opèrent en général d'une manière fort lente, finissent quelquefois par rester stationnaires, et les malades peuvent vivre fort longtemps sans éprouver d'autre incommodité qu'un peu de gêne dans les mouvements. Cette circonstance et l'absence presque totale de douleur quand on incise les tissus font croire que la vitalité y est trop peu développée pour revenir à l'état normal : c'est une erreur, car nous verrons bientôt que, si l'on parvient à détourner l'urine, les tissus, qui

paraissaient à peine changés au début du traitement, finissent par se ramollir et diminuer de volume, quoique la décroissance soit en général fort lente. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 1re part., p. 539.)

On sait qu'à l'orifice externe de la fistule il y a comme un renversement de la muqueuse qui la tapisse, en même temps qu'une dépression des téguments aux alentours; ce qui lui donne, suivant un terme plus juste qu'élevé, la forme en cul de poule.

Pendant que ces changements s'accomplissent dans la voie anormale que parcourt l'urine, le temps en amène quelquefois de remarquables dans le canal qu'elle a abandonné plus ou moins complétement.

« J'ai vu un malade qui depuis quarante ans ne rendait pas une goutte d'urine par le gland; la totalité de ce liquide s'échappait par une fistule placée au-devant des bourses. La portion de l'urètre située entre la fistule et le gland était presqu'entièrement effacée. Le gland avait perdu de sa consistance, de sa rougeur; il était pâle, flétri, et son orifice était très-étroit. » (Boyer, t. IX, p. 262.)

La surface interne du trajet fistuleux sécrète une matière muqueuse purulente qui se mêle à l'urine et en masque la présence quand ce dernier liquide est en très-petite quantité.

Symptômes et diagnostic des fistules de l'urètre. Parmi les caractères anatomiques, tout ce qui, sur le vivant, est appréciable aux sens est un symptôme. Le plus saillant de tous est l'issue de l'urine par l'orifice anormal au moment où le malade se livre à cette excrétion. Car, au lieu de suinter continuellement comme celles de la vessie, les fistules de l'urètre ne donnent qu'à l'instant où le sujet fait des efforts pour uriner. Cependant cette intermittence n'est pas d'une valeur absolue, car nous avons vu qu'assez souvent chez la femme les fistules vésicales ne laissaient pas échapper l'urine d'une manière continue, ni même continuelle, et il semble quelquefois que cette excrétion soit restée soumise à la volonté; nous avons expliqué le mécanisme de cette sorte d'anomalie (voy. BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN, *fistules vésico-vaginales et fistules de la vessie*.)

« L'urine s'écoule ordinairement goutte à goutte de la fistule; en arrosoir, s'il paraît plusieurs trous fistuleux : en petite quantité ou en abondance, selon la liberté du canal, les embarras ou les vices qui l'obstruent ou le rétrécissent, selon l'étroitesse ou la grandeur de l'orifice interne de la fistule, la direction de son trajet, etc. Il n'est pas rare de voir des malades qui rendent presque toutes leurs urines par les ouvertures fistuleuses qui se sont établies au scrotum et au périnée : alors l'urètre en transmet très-peu par le gland; et s'il n'en sort pas du tout le gland perd de sa consistance, de sa rougeur, il se flétrit, devient pâle, et son orifice se resserre ou paraît plus étroit. Ces fistules ne fournissent souvent que du pus séreux, qui tache peu le linge, et lui donne une légère couleur jaunâtre : si elles sont étroites et ne laissent sortir qu'une petite quantité d'urine, on reconnaît leur nature en les examinant ou en y appliquant un linge sec pendant que le malade urine. La sérosité qu'on voit alors s'échapper de la fistule ou qui mouille le linge a une odeur urineuse qui ne doit pas laisser de doute sur l'essence de cette maladie. D'autres signes concourent encore à faire discerner la nature de ces fistules. L'ouverture qu'elles présentent est ordinairement terminée par une espèce de cul de poule ou de fongosité rougeâtre et ferme; elles sont accompagnées, dans leur trajet, de callosités ou d'une corde assez dure, qui se fait aisément sentir à travers les téguments et se dirige vers l'urètre : lorsque le malade rend ses urines, il éprouve dans l'urètre un sentiment de chaleur et d'irritation qui l'avertit qu'une partie plus ou moins grande de ce liquide traverse ce canal et se détourne de la voie naturelle, et la fistule se trouve plus humectée qu'à l'ordinaire; enfin un stylet porté dans le trajet fistuleux pénètre dans l'urètre, et les injections poussées dans ce canal ou dans la fistule sortent par l'une ou l'autre voie. Mais tous ces signes ne se rencontrent pas toujours. Quand ces fistules s'ouvrent au périnée près de l'anus, aux

cuisses ou à la région des fesses; lorsqu'elles sont très-étroites, qu'elles fournissent peu de sérosité et que le canal est libre, il arrive souvent que les urines suivent plutôt cette route que de passer par la fistule. L'espèce de corde que l'on sent le long du trajet fistuleux est un indice incertain de la communication dans l'urètre; ce symptôme est commun à toutes les fistules compliquées de callosités, quelle qu'en soit d'ailleurs la nature. La fongosité en forme de cul de poule n'existe pas toujours autour de l'orifice externe, et elle se rencontre également dans les fistules stercorales. Lorsque le trajet fistuleux est étroit et tortueux, les injections ne pénètrent pas ou passent à peine dans l'urètre. Il est souvent difficile, quelquefois même impossible, de reconnaître avec un stylet l'orifice interne de la fistule. Comment donc éviter, dans ces circonstances, de se méprendre sur la nature de ces fistules? C'est en réunissant les signes commémoratifs à ceux qui caractérisent en général cette maladie, en prenant des informations sur son origine, sur ses causes, et les accidents qui l'ont précédée; en considérant les divers symptômes qu'elle présente, et en les distinguant de ceux qui accompagnent les fistules stercorales qui dépendent d'une carie, etc. La fistule urinaire qui paraît au périnée, aux fesses, peut être vésicale, ou avoir son origine dans la vessie: on la distinguera de celle qui vient de l'urètre par les signes qui lui sont propres, et que nous avons rapportés ci-dessus. » (Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires*, t. II, p. 343.)

Complications des fistules de l'urètre.

a. Une complication des fistules de l'urètre qui n'est pas très-rare c'est la formation de *calculs* dans leur intérieur. Ces concrétions se développent dans la fistule borgne-interne peut-être avec plus de fréquence que dans la fistule complète. La raison est facile à saisir: en effet, dans la fistule borgne-interne il y a stagnation de l'urine, conséquemment dépôt facile de la matière saline, qui est incessamment fournie par l'urine, tandis que, dans une fistule complète, l'urine ne baigne que passagèrement la concrétion. Cette concrétion court encore la chance d'être entraînée au dehors lorsqu'elle n'est pas volumineuse, et pour ainsi dire à l'état naissant.

Ces pierres formées dans une fistule borgne-interne peuvent rester comme enkystées sous les téguments, d'où l'art en fait l'extraction; mais il arrive plus souvent qu'elles provoquent autour d'elles un abcès, abcès qui s'ouvre le plus souvent au dehors, quelquefois dans l'urètre, et qui enfin peut se partager entre ces deux voies, comme dans cette observation rapportée par Colot dans son *Traité de la taille*, p. 16.

Obs. 2. « Un garçon de vingt-quatre à vingt-cinq ans s'était rendu à Paris pour me consulter sur une tumeur qui lui était survenue au scrotum depuis environ quatre années, et sur ce qu'en la touchant on ne pouvait pas douter, par le bruit qui s'y faisait, que sa capacité ne fût remplie d'un nombre assez considérable de pierres. D'abord j'envisageai cet accident comme une chose très-particulière, laquelle, par conséquent, méritait beaucoup d'attention. Avant de prononcer sur ce qui pouvait en être la cause je m'enquis du malade de ce qui pouvait avoir précédé ce mal, et j'appris de lui qu'environ cinq à six ans avant qu'il s'en fût aperçu il avait eu un abcès dans la même capacité, que la matière s'était fait jour tant au dehors que dans l'urètre, en sorte qu'elle s'échappait avec les urines, tant par la verge que par l'ouverture du scrotum. Les chirurgiens du lieu l'avaient pansé, et, après avoir augmenté la plaie, ils l'avaient fait suppurer; ensuite elle fut très-bien cicatrisée. Je compris par ce récit que ces messieurs s'étaient contentés de travailler à l'extérieur et qu'ils n'avaient pas donné assez d'attention sur ce que le canal avait été percé dans le temps même que la tumeur l'avait été, et par conséquent qu'il était resté une fistule à l'urètre, laquelle avait communication au dedans du scrotum; que par là il s'y faisait un écoulement d'une portion des urines, qui, par leur séjour, s'étaient converties en pierres: c'est ce qui par la suite se trouva véritable. Je lui fis donc une incision sur la tumeur, et je lui ôtai près de quatre-vingts pierres

grosses comme des pois ; je me donnai du jour davantage, et je portai dans la fistule du canal, par le dedans du scrotum, une petite tente de charpie pour remplir sa capacité. Cette tente étant trempée d'eau d'une pierre à cautère fondue, fit tomber du contour et dès l'entrée une légère eschare qui occasionna une louable cicatrice. J'introduisis une sonde jusque dans la vessie ; je l'y laissai séjourner l'espace de quinze jours, pour détourner et pour recevoir les urines, en sorte que, par cette mécanique, le malade a été parfaitement guéri. » (Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires,* t. II, p. 355.)

Ces pierres se développent aussi après des contusions du périnée.

Obs. 3. Un pilote consulta son chirurgien-major pour une tumeur du scrotum qui avait été prise pour un troisième testicule. Le chirurgien-major pensa qu'elle était de nature squirrheuse et en proposa l'extraction au malade à cause du picotement très-vif qui se produisait le long de l'urètre pendant l'excrétion urinaire. Dans l'opération on aperçut un canal de communication entre la tumeur et l'urètre, ce qui n'empêcha pas de continuer l'ablation de la tumeur. En disséquant la pièce pathologique on fut très-surpris d'y trouver un calcul pesant soixante-dix grammes. Le malade n'avait jamais éprouvé de rétention d'urine, ni rendu de graviers, etc., mais six ans auparavant il avait reçu un violent coup de pied sur le scrotum (voy. *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. VIII, p. 358).

On voit aussi ces pierres se former après la taille périnéale, soit qu'un gravier ait été compris dans l'agglutination des lèvres de la plaie, soit que la peau s'étant cicatrisée plus vite que la partie plus profonde, il soit resté en dedans une cavité qui a servi de loge au calcul. Louis en a trouvé un chez un enfant taillé deux ans auparavant.

Ces concrétions sont quelquefois très-volumineuses, puisque Jacques, chirurgien de Chalvraine, en Champagne, en a tiré un de cinq cent soixante grammes du tissu cellulaire de l'urètre. Il l'envoya à l'Académie de chirurgie en 1762. Le malade, âgé de trente-cinq ans, avait été taillé dans sa jeunesse et ressentait depuis dix-huit ans des douleurs en urinant.

Ces calculs déterminent bien une suppuration qui complète la fistule borgne qui leur servait de siége, mais il est rare qu'ils sortent spontanément. On cite cependant des exemples de cette terminaison, et celui que nous empruntons à Ledran est plein d'intérêt. L'expulsion spontanée se fit en quelque sorte en deux temps ; commencée sous l'influence d'un effort considérable, elle se compléta après huit jours de gêne et de souffrance. Il en était déjà sorti un moins volumineux auparavant. Voici l'analyse de l'observation de Ledran :

Obs. 4. « Vers la fin de 1772, un garçon de seize ans s'aperçut qu'il avait une petite tumeur au périnée. Comme il n'en souffrait point, il y fit peu d'attention. Quelque temps après, pendant un voyage à cheval, la pression de la selle contre le périnée y détermina la crevasse de la peau et la sortie d'un gravier du volume d'un pois et l'urine coula par cette ouverture. Au bout de quelque temps le sujet sentit une tumeur au bas du scrotum, du côté gauche. Son augmentation incessante le détermina à la faire voir à son chirurgien, qui la regarda comme une suite de vérole et le fit passer par les grands remèdes. Pendant le traitement l'orifice externe de la fistule se ferma, et l'urine n'y parut plus ; mais la tumeur continua de s'accroître. Enfin, en 1775, le malade faisant un effort pour lever un fardeau, éprouva une vive douleur au périnée ; il y porta la main et sentit un corps dur qui avait percé la peau. C'était la pierre. Ne pouvant l'extraire il en détacha quelques grains avec les ongles, ce qui montre qu'elle n'était pas dure. Pendant huit jours, il ne pouvait s'asseoir qu'avec beaucoup de peine. Enfin, en se levant de son siége, il sentit la pierre sortir tout entière. Le lendemain il la porta à Ledran, à l'hôpital de la Charité ; elle pesait environ 50 grammes. Elle présentait en dessus une dépression tracée sans doute par le courant de l'urine. Ledran put introduire son doigt dans la fistule, et en parcourir la dilatation ; il crut que le calcul était

logé dans une dilatation de l'urètre, mais les raisons qu'il donna et l'examen qui les lui fournit, sont loin de suffire pour asseoir une opinion. » (Ledran, *Obs. ch.*, t. II, obs. 79, p. 180.)

b. Le *décollement et l'amincissement de la peau* constitue une complication sérieuse, et qui entrave la guérison.

c. Les *callosités*, si elles sont nombreuses et profondes, sont aussi une circonstance fâcheuse qui ne se rencontre que trop souvent. Cependant, bien que ce soit là une circonstance fâcheuse, les callosités sont loin d'apporter un obstacle invincible au traitement, puisque, malgré l'état comme cartilagineux du périnée, la guérison n'en a pas moins eu lieu dans le cas suivant. Elle a même été aussi prompte que solide.

Obs. 5. « *Trois rétrécissements, fistule urinaire, endurcissement comme cartilagineux du périnée. Sept cautérisations en huit jours. Guérison complète.*

» M. Castaud, âgé de soixante-cinq ans, petit, d'une constitution frêle, d'un tempérament nerveux, contracta, en 1787, une blennorrhagie intense qu'il traita fort légèrement. Un voyage de long cours et plusieurs campagnes pénibles exaspérèrent le mal. L'émission de l'urine ne tarda pas à devenir difficile; en 1804, elle était déjà fort douloureuse. En 1808, un chirurgien introduisit des bougies de gomme élastique; mais elles ne pénétrèrent jamais jusqu'à la vessie. Plus tard, M. Castaud subit un traitement par le rob de Laffecteur. Depuis lors le plus léger écart de régime produisait des accidents graves; ils augmentèrent en 1815 : les bains, les cataplasmes de graine de lin et la décoction de pariétaire, les calmèrent momentanément. En 1820, nouveaux accidents plus graves combattus par les mêmes moyens. En 1822, il survint une rétention d'urine complète, à la suite de laquelle se manifesta, au côté gauche du périnée, une tumeur qui augmenta peu à peu pendant près de deux mois et acquit un volume considérable. Un chirurgien distingué de Montpellier parvint, après plusieurs jours de tentatives infructueuses, à passer une bougie de corde à boyau à travers les rétrécisements. Il ouvrit l'abcès du périnée, d'où s'écoula une grande quantité de pus mêlé d'urine. Au bout de plusieurs jours il substitua à la bougie des sondes de plus en plus grosses, qu'il laissa en place pendant une et même deux semaines. La dernière sonde, qui avait le volume d'une plume ordinaire, était dans la vessie depuis douze jours, lorsque le malade, ne pouvant plus la supporter, fut obligé de la retirer; il renonça au traitement par la dilatation. Immédiatement après (février 1823), les douleurs furent moins vives; mais les urines continuèrent à passer en grande partie par la fistule. Au bout de six à sept mois, l'inflammation reparut comme avant l'ouverture de l'abcès; le malade la traita par les émollients, les antiphlogistiques et le régime jusqu'au mois de mars 1825. Pendant ces deux années, il ne trouva de soulagement à ses douleurs que dans les bains de siége qu'il répétait plusieurs fois par jour, dans les lavements sédatifs et les cataplasmes émollients ou narcotiques. C'est dans cet état qu'il me fit demander.

» Je le trouvai d'une maigreur squelettique, tous ses traits étaient contractés, il avait la peau sèche et brûlante, le pouls accéléré, la langue rouge, la bouche sèche, la voix faible et éteinte. Le périnée, depuis la racine du scrotum jusqu'à la marge de l'anus, était saillant, inégal, noueux et dur comme un cartilage. Vers la partie moyenne et à gauche existait une végétation de cinq à six lignes d'élévation, pédiculée, qui masquait l'ouverture de la fistule. L'urine sortait par deux jets : l'un, plus gros, passait par la fistule, et tombait perpendiculairement; l'autre, plus faible et très-court, sortait du canal en tournoyant. Le malade était si faible et si impressionnable, que je n'osai rien entreprendre ce jour-là; mais nous convînmes qu'il viendrait me trouver dès que la fièvre serait apaisée.

» Le traitement commença dans les derniers jours de mars 1825. La sensibilité du canal était tellement exaltée, que le porte-empreinte causa les plus vives douleurs; il s'arrêta à trois pouces, et rapporta une tige centrale d'un assez

gros calibre. A travers ce premier rétrécissement je passai une sonde n° 3, qui fut arrêtée à cinq pouces et un quart; je franchis ce second rétrécissement avec une bougie n° 2, mais elle fut arrêtée à six pouces et demi. Après m'être assuré exactement du siége des deux premiers rétrécissements je cautérisai le second circulairement avec une sonde porte-caustique droite n° 2, et le premier avec une du n° 3. Le même jour, le malade urina déjà avec plus de facilité; et, à son grand étonnement, l'inflammation, qu'il craignait de voir augmenter par l'application du caustique, diminua à partir de ce moment. Le quatrième jour, un gros porte-empreinte fut arrêté à trois pouces; mais il rapporta une tige si grosse, que je crus devoir essayer d'en passer un plus petit. Il franchit en effet le premier, et fut arrêté à cinq pouces un quart; il rapporta une tige assez grosse pour me donner envie de passer une bougie n° 3, elle passa aussi et fut arrêtée à six pouces et demi. J'essayai de pénétrer dans ce troisième rétrécissement avec une sonde à cautériser courbe n° 2; j'y parvins, en effet, après quelques tentatives, et, comme elle était chargée, avant de la retirer je cautérisai en haut le troisième rétrécissement. Un instant après, je cautérisai le second circulairement avec une sonde n° 3; enfin, je terminai la séance par une nouvelle cautérisation du premier rétrécissement avec une sonde droite n° 6. Le premier jet d'urine, qui suivit ces cautérisations, fut très-fort et sensiblement augmenté de volume; il entraîna une grande quantité de débris d'eschares de toutes les dimensions et de différentes couleurs. Le huitième jour, un gros porte-empreinte arriva jusqu'à cinq pouces et demi et rapporta une tige de deux lignes de diamètre. Une sonde n° 6 fut arrêtée à six pouces et demi. Je pratiquai sur le troisième rétrécissement une seconde cautérisation en bas avec une sonde n° 4, et sur le second rétrécissement j'en fis une troisième circulaire avec une sonde n° 6. La première émission des urines fut, comme après la cautérisation précédente, accompagnée d'un grand nombre de débris d'eschares, et le jet parut encore plus gros et plus long.

» Pendant chaque cautérisation, le malade, d'un caractère pusillanime, a toujours montré beaucoup de sensibilité; mais quand il était sûr que tout était terminé il convenait qu'il avait à peine souffert, et que la peur de la douleur qu'il croyait toujours devoir éprouver lui arrachait involontairement des cris. Le onzième jour, j'explorai le canal avec un porte-empreinte de volume ordinaire : il fut arrêté un instant à cinq pouces et demi, puis franchit le second rétrécissement et s'arrêta à six pouces et demi. J'appuyai alors sur l'instrument pour prendre l'empreinte de ce troisième rétrécissement : je le croyais plus difficile à détruire que les deux premiers, parce qu'il correspondait immédiatement au-dessus de la fistule, et que tous les tissus environnants étaient, comme je l'ai dit, d'une dureté cartilagineuse; mais, à mon grand étonnement, je sentis la résistance céder peu à peu, je franchis l'obstacle et j'arrivai presque dans la vessie.

» Dans ce moment, le malade urina avec tant de facilité qu'il se regarda comme guéri, et ne vint que deux ou trois fois pour se faire sonder; car il avait pris les sondes en horreur. Je coupai d'un coup de ciseaux la végétation qui masquait l'ouverture de la fistule, et je la cautérisai avec un cône de nitrate d'argent.

» Pendant environ trois mois je n'eus plus de nouvelles de M. Castaud. Lorsque je le vis, je le reconnus à peine, tant il avait repris de fraîcheur, de force et d'embonpoint. L'expression de sa physionomie était tout à fait changée. La fistule s'était fermée une vingtaine de jours après la dernière cautérisation. Le jet des urines était aussi gros et aussi long que dans le temps de sa plus parfaite santé. Depuis quinze mois sa guérison ne s'est pas un instant démentie, et chaque fois qu'il m'arrive de le rencontrer il ne manque jamais, en m'abordant, de me parler du volume et de l'étendue du jet de ses urines, et il m'a envoyé la relation de sa maladie en m'invitant à la faire imprimer avec son nom.

» Ainsi cette affection, qui durait de-

puis environ trente ans, a cédé à un traitement de huit jours, et trois rétrécissements ont été détruits en sept cautérisations pratiquées en trois séances. Mais ce n'est pas seulement sous ce rapport que cette observation est remarquable ; je ne voudrais pas même que cet exemple engageât dans des tentatives téméraires les praticiens qui n'ont pas l'habitude de se servir de la sonde à cautériser. Il est des choses qui ne peuvent s'acquérir que par une longue expérience, qu'on ne peut décrire dans un ouvrage, ni même transmettre oralement, et ce qui tient à l'exercice du toucher est dans ce cas. Je n'insiste donc pas sur la promptitude inespérée de cette guérison ; mais il est d'autres circonstances qui sont du plus grand intérêt, à cause des inductions qu'on doit en tirer pour la pratique.

» D'abord on voit que M. Castaud n'a pu supporter le traitement par la dilatation, quoiqu'il ait été dirigé par un très-habile chirurgien. Après environ deux mois de patience, le malade, poussé au désespoir par la violence des douleurs, arracha la sonde de la vessie et y renonça pour toujours malgré le changement que la dilatation avait produit dans les dimensions du canal, malgré ses craintes sur les suites que pouvait avoir sa détermination. Il fallait donc que ses douleurs fussent insupportables ; en effet, il n'en parle encore aujourd'hui qu'avec l'accent le plus animé : l'aversion qu'il a conçue pour les sondes a été portée au point, qu'après la destruction des rétrécissements par la cautérisation, il s'est refusé à leur emploi, quoiqu'il ait cru la dilatation indispensable pour assurer sa guérison.

» Quels ont été les résultats de ce traitement si douloureux par la sonde ? Dès qu'elle a été retirée, l'urine a recommencé à passer par la fistule ; et bientôt le malade est retombé peu à peu dans l'état le plus désespéré : ainsi, les obstacles momentanément écartés par la sonde n'avaient pas tardé à obstruer le canal comme auparavant.

» Voyons par opposition quel a été le résultat de la cautérisation. Peu de jours après la destruction des rétrécissements, le malade n'a pas reparu, et trois mois plus tard je l'ai trouvé parfaitement guéri. Sa fistule était cicatrisée, son périnée avait repris sa souplesse ordinaire, etc. Quinze mois après, il urinait toujours à plein canal, et n'avait pas éprouvé la moindre indiposition relative aux voies urinaires. Il a donc suffi de détruire les endurcissements du canal, pour que l'urine cessât de s'engager dans la fistule, elle a dès lors guéri spontanément ; et quoique les surfaces cautérisées n'aient pas été dilatées, il ne s'est pas opéré de resserrement consécutif ; *les plaies*, *en se cicatrisant*, *n'ont pas reproduit le rétrécissement*. Cette dernière circonstance est d'un grand intérêt, j'y reviendrai plus tard. » (Lallemand, *Observations sur les maladies des organes génito-urinaires*, 2e partie, page 271.)

Il est à regretter que l'auteur, tout entier à la supériorité de la cautérisation sur la dilatation, n'ait pas davantage insisté sur l'état cartilagineux du périnée.

d. L'étendue et le nombre des *embranchements* de la fistule, la gravité primitive de l'affection dont elle est la conséquence, etc., sont de véritables complications.

e. La coïncidence d'une *communication avec le rectum*, celle d'une *carie d'un des os du bassin*, en constituent qui sont des plus fâcheuses.

f. Enfin le siége et la largeur de la fistule même peuvent être le plus fâcheux obstacle qui s'oppose à la guérison.

Pronostic des fistules de l'urètre. « Le pronostic des fistules complètes de l'urètre est subordonné au siége, aux causes, à leur état de simplicité ou de complication. Plus le jet est direct, moins la guérison est facile, c'est-à-dire plus les parties qui recouvrent le point de l'urètre percé ont d'épaisseur, plus il y aura de probabilité pour la guérison : c'est pour cela que la guérison des fistules qui correspondent au corps ou à la racine de la verge est si difficile à obtenir. Quels que soient les rapports d'une fistule, si elle est due à une grande perte de substance des parois de l'urètre, la guérison en est toujours très-difficile, et le plus souvent impossible, surtout par les moyens ordinaires ; l'urétroplastie en

triomphe quelquefois. Les callosités sont purement accidentelles; elles sont dues au passage de l'urine dans les sinuosités fistuleuses. Elles doivent fondre quand la cause qui les a produites, qui les entretient, cesse d'agir. Cependant leur ancienneté, leur très-grande dureté les font persister quelquefois long-temps après que l'urine a cessé de passer par les trajets fistuleux. Même alors, elles n'empêchent pas la guérison, mais elles peuvent la rendre plus longue et plus difficile. Les difficultés et l'impossibilité d'une guérison entière peuvent dépendre de la maigreur extrême du sujet, de la faiblesse de sa constitution, des maladies des reins, de la vessie, de la prostate, etc. » (Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, t. v, p. 571.)

Traitement des fistules de l'urètre. Pour guérir les fistules de l'urètre il faut d'abord détruire l'obstacle qui en a été la cause première : tel qu'un rétrécissement du canal, etc. Une fois cet obstacle levé les fistules se divisent, au point de vue du traitement, en deux grandes catégories, non pas en étroites et en larges, mais en celles du périnée et en celles de la verge; c'est la situation qui fait toute la différence. Les premières, dont les lèvres sont épaisses, guérissent facilement; les autres, comme nous l'avons dit, se montrent très-rebelles.

Lorsque l'obstacle est levé par des moyens appropriés à sa nature, on détourne l'urine de la fistule, en la rappelant à sa direction naturelle à l'aide d'une sonde de gomme élastique.

Il est important de bien choisir le calibre de l'instrument : trop petit, il expose à un rétrécissement consécutif au niveau de la cicatrice; trop gros, il contrarie la cicatrisation ou l'empêche complétement, ajoutons que trop petit il aurait le même inconvénient d'une autre manière, en laissant passer l'urine entre les parois du canal et la sonde. Ce dernier inconvénient est difficile à éviter, même lorsque la sonde est assez volumineuse, à moins qu'on ne la laisse toujours débouchée; mais le volume même de l'instrument offre, comme nous l'avons dit, un grand désavantage.

Le moyen le plus efficace est celui que nous avons vu employer à M. Vidal de Cassis, à l'hôpital du Midi. Il consiste tout simplement, au lieu de laisser dans l'urètre un instrument à demeure qui irrite les lèvres de la fistule, à passer la sonde chaque fois que le besoin d'uriner se fait sentir. Nous avons vu ce chirurgien guérir par ce moyen, et avec une rapidité surprenante, une fistule en arrosoir qui avait treize ouvertures au périnée.

« Il arrive bien rarement que les fistules complètes de l'urètre, qui sont situées au périnée, et qui résultent d'une grande perte de substance de ce canal à la suite de dépôts gangréneux, etc., ne guérissent point par l'usage méthodique de la sonde, lorsque le canal est libre et qu'elles ne sont compliquées ni de sinus ou clapiers, ni de communications dans le rectum. La nature, qui opère presque toujours la consolidation des solutions de continuité, lorsque aucun corps étranger, solide ou liquide, n'en maintient les parois écartées, trouve dans cette région des ressources qui facilitent leur cicatrisation. Plusieurs parties y recouvrent l'urètre; outre la peau, il s'y rencontre beaucoup de tissus cellulaires, des muscles, des vaisseaux, et ces parties, qui fournissent des sucs propres à la végétation des chairs, sont très-susceptibles de se rapprocher, de s'unir aux parois du canal, et de suppléer à la perte qu'il a soufferte. Cette disposition ne se rencontre pas au corps de la verge : aussi les fistules de la portion de l'urètre qui y répond sont-elles le plus ordinairement incurables, quand elles ont une certaine étendue ou qu'elles proviennent d'une crevasse avec perte de substance du canal. En vain avons-nous employé des sondes de différentes espèces pour détourner l'urine de ces sortes de fistules; en vain avons-nous eu recours à des caustiques pour détruire les callosités des bords de l'urètre et exciter une suppuration favorable à la réunion aidée de la compression; nous n'avons pu obtenir la consolidation ou la guérison de la fistule : l'urine, en passant par l'urètre,

s'insinuait dans l'ouverture fistuleuse et l'entretenait. » (Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires*, t. II, p. 347.)

Nous verrons bientôt quels moyens on oppose aujourd'hui à la difficulté que signale Chopart; mais auparavant nous allons exposer le traitement des complications indépendantes du siége de la fistule.

Ainsi que nous l'avons vu, deux états opposés des lèvres de la fistule peuvent empêcher la réunion, c'est leur amincissement et leur callosité. Il est rare que l'amincissement de la peau et son décollement s'observe dans ce cas, excepté lorsque des fistules de pus ont fusé à partir du trajet dans diverses directions. Alors il faudrait les ranimer par quelques cautérisations au nitrate d'argent, les scarifier légèrement ou même les exciser. Mais on conçoit avec quelle réserve on doit se décider à leur faire subir une perte de substance.

Il arrive quelquefois que malgré le rétablissement complet du cours de l'urine par son canal naturel les callosités sur le trajet fistuleux s'opposent à la guérison. On les attaque par des cataplasmes émollients, par la cautérisation au nitrate d'argent. On peut être obligé d'inciser quelques sinus où le pus croupissant entretient sa propre sécrétion et la fistule. Les anciens allaient jusqu'à exciser ces callosités, ainsi qu'on en voit un exemple dans Ledran, observation 77, t. II, p. 173, et un autre plus intéressant encore dans son *Traité d'opérations de chirurgie*, Voici ce fait :

Obs. 6. Le scrotum et le périnée formaient ensemble une masse informe de callosités, parsemée de trente trous par lesquels l'urine sortait en grande partie. Le canal était si rétréci qu'on ne pouvait y introduire la bougie la plus petite. Mais rapportons le texte de l'auteur, l'observation est trop instructive pour ne pas être présentée dans ses détails. « En 1730, dit Ledran, je vis un malade qui avait au périnée et au scrotum tant de callosités qu'on ne distinguait pas même la fistule, le scrotum et le périnée ne formant pour ainsi dire qu'une masse informe. Ces callosités étaient percées d'environ trente trous fistuleux par où l'urine ne sortait presque que goutte à goutte. Il n'en sortait que très-peu par la verge, et je ne pus y introduire la plus petite bougie. Ainsi, je crus que le malade ne pourrait guérir que par une opération. L'ayant préparé par deux saignées, je le mis dans la même attitude que pour faire la taille, et je fis au périnée, à côté de l'endroit où devait être l'urètre, que je ne pouvais distinguer, une incision très-longue et profonde de trois travers de doigt dans l'épaisseur de ces callosités. J'emportai d'un second coup une partie des callosités du côté de la branche de l'ischion, qui fait l'un des piliers de la voûte du pubis, et je remplis aussitôt la plaie avec de la charpie. Le lendemain, je mis le malade dans la même attitude pour lever cet appareil, et, ayant ôté toute la charpie, je le fis uriner; alors je vis sortir l'urine de plusieurs endroits. Je choisis celui qui parut s'approcher le plus de l'urètre, j'y introduisis, j'y laissai même un bout de bougie de corde à boyau qui ne put avancer plus d'un pouce, à cause de l'obliquité du sinus fistuleux. Je pansai la plaie avec un digestif simple, avec le soin d'en tenir les lèvres écartées. Le lendemain et le surlendemain je pansai de même, et à chaque fois la bougie avança un peu plus dans le sinus. Enfin, le cinquième jour, elle entra dans l'urètre, et je connus qu'elle y était parce qu'en la poussant elle entra dans la vessie; alors je fis couler le long de la vessie une sonde cannelée dont le bout était ouvert; et, ayant retiré la bougie, la cannelure de la sonde me servit à conduire un bistouri avec lequel je fendis tout le trajet jusqu'au col de la vessie inclusivement, faisant cette incision comme dans la taille, et évitant le rectum. Aussitôt je portai, à la faveur de la même sonde, une canule de plomb, dont un bout se perdait dans la vessie et dont l'autre fut fixé par le bandage au niveau de la peau du périnée; je pansai le reste de la plaie à l'ordinaire. L'urine coula librement par la canule, et elle ne passa plus par les fausses routes qu'elle s'était faites : ainsi toutes les callosités se fondirent en partie. L'urètre devint alors plus accessible aux bougies, et je pus y en introduire une petite jusque

dans la plaie. Ayant élargi l'urètre jusqu'à un certain point avec les bougies graduées, je crus qu'il fallait la faire suppurer par un secours plus efficace que celui des bougies, et j'y introduisis une petite algalie. Je fis sortir les yeux de l'algalie par la plaie, et j'y passai un fil que je retirai par la verge, en retirant l'algalie. Le fil me servit à faire passer un séton de plusieurs mèches. Je les garnissais d'un mélange d'onguent d'althéa et d'emplâtre divin fondus ensemble. Je les changeais à chaque pansement. Je fis cela pendant trois semaines, dans lequel temps la plaie suppura beaucoup et toutes les callosités se fondirent. Ainsi la plaie devint une plaie simple, pareille à celle d'un malade qui a été taillé depuis trois semaines. Alors j'ôtai la canule, je passai l'algalie par la verge jusque dans la vessie, et je l'y laissai cinq à six jours, pendant lequel temps, que je l'abandonnai pour ainsi dire à la nature, la plaie se resserra jusqu'à un certain point. J'ôtai ensuite l'algalie, et je laissai fermer la plaie, qui acheva de guérir en moins de quinze jours avec les pansements les plus simples. Je recommandai au malade l'usage des bougies et d'une sonde de plomb, pour tenir l'urètre dilaté et éviter l'ouverture de la cicatrice. » (Ledran, *Traité d'opérations de chirurgie*, p. 368.)

Les excisions sont à peu près abandonnées aujourd'hui, et voici ce que dit M. Civiale à propos des incisions :

« Je ne saurais trop répéter cependant que les incisions deviennent souvent inutiles. Dans les nombreux cas qui se sont offerts à moi, j'ai vu le dégorgement s'opérer à la longue, et les tissus reprendre presque entièrement leur souplesse, leur élasticité, même alors qu'il m'avait paru impossible d'espérer un tel résultat. Aussi, depuis plusieurs années, ai-je très-rarement recours à l'instrument tranchant pour diviser les tissus indurés et presque cartilagineux. Je ne parle pas, on le conçoit, d'un cas où il se serait déjà opéré une dégénérescence squirrheuse ou cancéreuse. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, Ire part., p. 547.)

Chopart expose de la manière suivante le traitement qui convient aux fistules de l'urètre compliquées de celles du rectum :

« On n'obtiendra pas de guérison si l'on ne fend l'espèce de pont compris entre les orifices tant interne qu'externe des fistules et la marge de l'anus. Voici la manière dont on pratique cette opération : Après avoir introduit par la verge un cathéter dans la vessie, on porte par la fistule du périnée une sonde cannelée ; on l'enfonce jusque dans la cannelure du cathéter ; ensuite, à l'aide du doigt porté dans le rectum, on conduit la même sonde par la fistule qui s'ouvre dans cet intestin ; puis après avoir retiré le cathéter, qui devient inutile, et avoir substitué au doigt qui est dans le rectum le gorgeret de bois dont on se sert pour l'incision des fistules stercorales, on engage dans la gouttière de ce gorgeret le bout de la sonde ; et, à la faveur de la cannelure de cette sonde, on divise avec un bistouri droit toutes les parties comprises entre cette sonde et le gorgeret placé dans le rectum. On passe ensuite par l'urètre une sonde de gomme élastique dans la vessie, et on la fixe. On introduit dans le rectum une mèche de charpie longue, qu'on interpose entre les bords de cette nouvelle plaie, afin de s'opposer à leur réunion avant que les anciens trajets fistuleux soient détergés et cicatrisés. » (Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires*, t. II, p. 359.)

Comme les fistules situées au-devant des bourses exigent des procédés spéciaux, c'est par elles que nous allons terminer le traitement.

Il est si difficile d'obtenir par les procédés ordinaires la guérison des fistules de la partie mobile de l'urètre, que l'auteur qui paraît le moins désespérer de ce succès cherche seulement à prouver qu'il n'est pas tout à fait impossible. Voici, en effet, comme s'exprime à cet égard M. Civiale :

« . . . . . Celles-là (celles de la portion bulbeuse), en apparence si simples, sont cependant remarquables par l'opiniâtreté avec laquelle elles résistent à tous les modes de traitement, même lorsqu'elles se bornent à un léger pertuis, à une fente presque capillaire. C'est

ce que constatent divers cas dont j'ai été témoin, et de plusieurs desquels j'ai donné un aperçu, soit dans cet ouvrage, soit dans le parallèle. Il y a cependant d'heureuses exceptions. On a vu, soit après des abcès survenus dans les parois urétrales, soit quand l'arrêt d'un calcul en cet endroit avait forcé de recourir à l'instrument tranchant, les fistules qui en sont l'ordinaire conséquence guérir promptement, tantôt d'elles-mêmes, tantôt par un traitement fort simple. J'ai connu entre autres un jeune homme de Montpellier, de l'urètre duquel on avait retiré un gros calcul quelques années auparavant, qui guérit de l'ouverture pratiquée à la partie mobile de la verge sans qu'il en résultât de rétrécissement; seulement le malade resta sujet à une névralgie de l'urètre, pour laquelle il réclama mes soins. Les difficultés sont bien plus grandes quand une portion assez étendue des parois urétrales a été détruite par un accident quelconque, soit à la suite d'abcès, ainsi que j'en ai vu un exemple, soit par l'effet d'une violence extérieure et d'une eschare gangréneuse, comme Earle en a rapporté un cas.

» Les difficultés qui se présentent lorsqu'on cherche à rétablir ces portions de l'urètre sont telles que, jusqu'à ces derniers temps, les ressources de l'art ont été insuffisantes. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 1re partie, p. 547.)

A. Cooper a guéri de ces fistules rebelles en employant les cautérisations plus largement qu'on n'a l'habitude de le faire. Après que tout avait échoué, il a réussi avec l'acide nitrique employé comme l'indique l'observation suivante :

Obs. 7. « M..., arrivé de l'Inde depuis peu de temps, avait, à l'orifice de l'urètre, un chancre accompagné d'une vive inflammation du gland, du prépuce et de la peau du pénis jusqu'au pubis et au scrotum. L'urètre se perfora à la jonction du scrotum avec le pénis ; l'urine s'écoula abondamment par cette ouverture, qui se cicatrisa sur ses bords. Mais il resta une large fistule qui ne montrait pas la moindre tendance à s'oblitérer, et qui était pour le malade une source d'embarras pénibles dans l'excrétion de ses urines.

» Le premier chirurgien qu'il consulta lui conseilla l'introduction des bougies trois ou quatre fois par jour. Il suivit cette prescription avec persévérance, sans en obtenir aucun résultat.

» La seconde tentative qui fut faite pour l'obtenir consista dans l'application des vésicatoires, probablement dans l'espoir que l'excoriation des bords de la fistule disposerait ces tissus au développement des bourgeons qui pourraient amener la cicatrisation de la plaie fistuleuse. Ce mode de traitement échoua cependant complétement.

» Le traitement auquel on eut recours la troisième fois consista à raviver les bords de la plaie, à y placer des épingles, et à les maintenir en contact au moyen de la suture entortillée. Ce traitement échoua comme les autres.

» A cette époque le malade vint me consulter. Persuadé qu'une simple suture répondrait mieux au but que l'on se proposait que l'emploi des épingles, je ravivai les bords de la fistule, je les réunis par deux points de suture, puis je passai une sonde dans la vessie afin que l'urine s'écoulât sans enflammer les surfaces avivées.

» Cependant, le troisième jour, je m'aperçus que l'urine avait coulé sur les côtés de la sonde, et avait détruit les adhérences qui avaient commencé à se former. Le cinquième jour, lorsque les ligatures tombèrent, aucune réunion n'avait eu lieu.

» Sentant qu'il serait tout à fait inutile de répéter ces essais, et voyant que les deux tiers de l'ouverture étaient formés aux dépens du scrotum, et l'autre tiers aux dépens de la peau du pénis, je pensai qu'il serait possible de fermer la fistule en mettant à profit la contraction que subit la peau dans le travail de cicatrisation.

» En juin 1818, j'appliquai l'acide nitrique sur les bords de l'ouverture fistuleuse et sur la peau environnante, dans l'étendue de trois quarts de pouce autour de cette ouverture. Il se forma une eschare superficielle, puis il se développa des granulations et la plaie nouvelle se

cicatrisa. Bientôt après, la peau commença à se contracter, de manière à faire espérer une notable diminution dans l'étendue de l'orifice fistuleux.

» Dans le mois d'octobre suivant, j'appliquai de nouveau l'acide, et j'en obtins un nouvel avantage. A la fin de novembre, le malade renouvela lui-même la cautérisation ; et l'ouverture, qui aurait pu admettre un pois, fut réduite au point de ne plus laisser passer que la tête d'une épingle.

» Le 22 janvier 1819, il fut de nouveau touché mais légèrement.

» En mars, le caustique fut appliqué une dernière fois; et, quinze jours après, l'orifice se ferma. Depuis ce temps, il ne s'écoula pas la plus petite quantité d'urine par cette voie.

» Les souffrances morales produites chez le malade par la présence de cette fistule ne peuvent être décrites, et la joie qu'il ressentit de sa guérison fut extrême.

» Ce n'est que lorsque la peau est très-lâche, ou lorsque la plaie fistuleuse intéresse le scrotum, que cette méthode peut réussir; car, lorsque la peau est très-adhérente, on ne peut guère espérer d'en rapprocher assez les bords pour en obtenir l'agglutination. Il faut donc alors recourir à d'autres procédés. » (A. Cooper, traduction française, p. 454.)

Une cautérisation faite avec cette énergie a sans doute plus d'efficacité que celle qu'on emploie ordinairement : mais si elle rétrécit et ferme la fistule, l'urètre ne court-il point le danger de subir la même influence; en un mot, n'expose-t-elle point à un rétrécissement ?

On a eu recours à des substances auxquelles on supposait une propriété plastique particulière ; ainsi M. Dieffenbach a appliqué de la teinture de cantharides sur l'orifice fistuleux et il a échoué.

Cette extrême difficulté de guérir par les moyens ordinaires les fistules de la portion spongieuse de l'urètre, difficulté quelquefois telle que des fistules capillaires de la fosse naviculaire ont résisté à la sonde à demeure, à tous les procédés de cautérisation ; cet insuccès presque constant a porté les chirurgiens à chercher d'autres ressources : ils ont fait l'urétroraphie et l'urétroplastie.

a. Urétroraphie. Cette opération consiste à passer une sonde dans l'urètre, à rafraîchir les lèvres de la fistule et à les réunir par la suture entortillée ou par la suture entrecoupée. Ledran, qui en avait eu l'idée (*Obs. de chirurg.*, t. II, p. 195), en fut détourné par l'insuccès de chirurgiens qui en avaient déjà tenté l'application. C'est une opération qui manque presque toujours ; et il n'est pas sûr qu'elle eût réussi à Boyer dans le cas suivant, quand bien même son malade n'eût point été soumis à l'influence que ce chirurgien signale comme cause de l'insuccès.

Obs. 8. « Un homme, âgé de trente-six ans, était attaqué d'un rétrécissement de l'urètre qui avait son siége à la partie membraneuse du canal, et pour lequel il avait employé inutilement les bougies emplastiques et celles de gomme élastique. On franchit l'obstacle avec une sonde d'argent très-fine et on la laissa trois jours dans la vessie ; ensuite on la remplaça par une sonde de gomme élastique. La pression exercée par la sonde d'argent sur la paroi inférieure de l'urètre immédiatement au-devant des bourses, y détermina une eschare gangréneuse dont la chute laissa une crevasse au canal ; il se forma dans cet endroit un abcès qui fut ouvert avec le bistouri, et dont l'ouverture devint fistuleuse par le passage continuel de l'urine. Le malade portait la sonde de gomme élastique depuis plus de trois mois lorsqu'il se confia à mes soins. L'urètre était très-libre et pouvait admettre facilement une sonde du plus gros calibre. L'ouverture fistuleuse avait au moins trois lignes de longueur, ses bords étaient arrondis, couverts d'une pellicule mince, et privés par conséquent de la condition nécessaire à leur réunion. Je pensai qu'on ne pourrait obtenir cette réunion qu'en emportant ces bords avec l'instrument tranchant et en y réunissant la plaie avec des points de suture. Je fis part de ce projet au malade, qui l'accepta avec plaisir, tant il avait envie d'être débarrassé de sa fistule. Après avoir placé une sonde de gomme élastique dans la vessie

je procédai à la résection des bords de la fistule, en donnant à la plaie une forme elliptique; ensuite j'en réunis les lèvres avec trois points de suture simple. Le malade avait une femme jeune et jolie; il eut l'imprudence de la faire coucher avec lui : la nuit il eut une forte érection, par laquelle les parties que traversaient les fils éprouvèrent un grand tiraillement. Survint du gonflement, de l'inflammation, et, le troisième jour, les parties embrassées par les points de suture furent divisées. Aussi l'opération n'eut aucun succès; elle fut même nuisible, en ce qu'elle contribua à l'agrandissement de l'ouverture fistuleuse. Il est probable, toutefois, que l'érection qui tourmenta le malade pendant la nuit contribua au développement des accidents qui empêchèrent la suture de réussir. Il est donc de la plus grande importance, lorsqu'on a pratiqué cette opération, de prendre toutes les précautions possibles pour prévenir l'érection. Le malade dont je viens de parler a gardé sa fistule; ce qui ne l'a pas empêché de servir dans un régiment de dragons, où il était chef d'escadron. Lorsqu'il urinait, en pinçant les bords de la fistule avec le pouce et le doigt indicateur il empêchait l'urine de sortir par cette ouverture contre nature. Malgré les inconvénients de ce procédé, et l'insuccès dont il a été suivi plusieurs fois, je pense cependant qu'on peut le mettre en pratique lorsque les circonstances paraissent favorables. Une fistule urinaire est une maladie si incommode, surtout lorsqu'elle a une grandeur considérable, qu'il n'y a rien qu'on ne doive entreprendre pour la guérir. » (Boyer, *lieu cité*, t. IX, p. 269.)

Nous n'avons jamais vu cette opération réussir, quoiqu'elle ait été faite plusieurs fois sous nos yeux dans les hôpitaux, et nous pouvons dire, d'accord du reste avec M. Dieffenbach et la plupart des chirurgiens qui l'ont tentée, que le succès suivant de M. Fouilhois n'est qu'une heureuse et très-rare exception.

Obs. 9. « *Constriction de la verge par un lien circulaire : gangrène du canal au point comprimé, hypospadias. — On rafraîchit les bords, réunion par suture entrecoupée : guérison.*

» Un marin du port de Brest s'étant serré le milieu de la verge avant d'exercer le coït, il en résulta un état de priapisme qui eut pour conséquence la gangrène presque immédiate de toutes les parties comprises dans le lien. Le canal de l'urètre fut mortifié au point comprimé, dans les deux tiers de sa circonférence, et il s'ensuivit un hypospadias dont l'ouverture avait environ deux lignes de diamètre.

» Pour guérir cette fistule, l'honorable M. Fouilhois enleva la cicatrice, avec le bistouri, dans le pourtour de l'ouverture et assez loin sous la peau ambiante; il réunit ensuite la plaie par deux points de suture entrecoupée et des bandelettes agglutinatives, après avoir placé une sonde à demeure dans la vessie.

» Au cinquième jour de l'opération la plaie était complétement cicatrisée et le malade guéri; seulement la verge était rétrécie au point comprimé par le lien et où elle avait subi la perte de substance. » (J. Franc, *Observations sur les rétrécissements de l'urètre par cause traumatique et sur leur traitement*, p. 83.)

Peut-être qu'à l'aide d'un artifice que nous exposerons plus bas, l'urétroplastie aurait plus fréquemment ce résultat; mais elle a échoué entre les mains de M. Dieffenbach, bien qu'il y eût joint l'application de nitrate d'argent et de teinture de cantharides.

b. Urétroplastie. Comme on devait supposer, surtout quand il y avait une large perte de substance, que la tension des bords de la fistule sur la sonde s'opposait à leur réunion, on a eu la pensée de prendre un lambeau autoplastique pour boucher l'ouverture accidentelle. Tous les principes d'anaplastie en général ont été mis à contribution ici : par la méthode de Celse on a fait des incisions à la peau pour mobiliser et rapprocher plus facilement les bords de la solution de continuité; par cette méthode Dieffenbach a échoué dans un cas et réussi dans un autre plus favorable.

Delpech, A. Cooper, Earle ont réussi par la méthode indienne en taillant le lambeau tantôt aux bourses, tantôt à la cuisse.

Earle, bien que la fistule siégeât au périnée, échoua dans deux tentatives sur le même malade et ce n'est qu'à la troisième qu'il a réussi (*Archives de médecine*, 1823, t. I, p. 102).

A. Cooper a obtenu un succès d'emblée dans un cas en apparence moins favorable, puisque la fistule s'ouvrait au-devant du scrotum par un orifice très-long et très-large. Nous allons rapporter en entier son observation, car dans des circonstances difficiles c'est surtout des faits que le praticien a besoin pour se diriger. Les faits seuls peuvent lui servir de guide, en le mettant à même d'asseoir son pronostic et de calculer les éléments et les chances de l'opération, en comparant ce qu'il observe avec ce qu'il lit.

Obs. 10. « Au commencement de juillet 1818, M. H..., âgé de cinquante-six ans, fut atteint d'une violente inflammation du pénis et du scrotum, avec tuméfaction énorme, par suite d'un rétrécissement qu'il avait négligé de faire traiter. Cette inflammation fut combattue par les moyens ordinaires : les purgatifs, les fomentations, les cataplasmes.

» Le 9 juillet, un vaste abcès s'ouvrit vis-à-vis le bulbe de l'urètre, et donna issue à une grande quantité de pus très-fétide.

» Le 30, M. Astley Cooper jugea qu'il était nécessaire d'introduire une sonde d'argent. Il la passa avec beaucoup de difficulté, à cause de la résistance qu'opposèrent deux rétrécissements très-serrés du canal de l'urètre, et à cause de l'inflammation intense des parties. Cette sonde fut portée pendant trois semaines, durant lesquelles un autre abcès s'ouvrit à la partie inférieure de l'urètre, immédiatement au-devant du scrotum.

» Le gonflement et l'inflammation diminuèrent peu à peu, et l'orifice fistuleux placé derrière le scrotum se cicatrisa. Il n'en fut pas ainsi de celui qui avait son siége au-devant de la même partie : il continua à faire des progrès jusqu'à ce qu'il eût atteint un pouce de longueur et une largeur suffisante pour admettre facilement la sonde du plus gros calibre.

» L'ouverture fistuleuse resta environ quatre mois dans cet état, sans diminuer sensiblement. Les bords en étaient tout à fait calleux et n'offraient jamais la moindre disposition à bourgeonner, nonobstant l'application répétée du nitrate d'argent et de divers autres caustiques.

» On tenta aussi d'obtenir la réunion par adhérence ; mais, à raison de la perte considérable de substance, il fut impossible de tenir les bords en contact.

» L'urine, à moins qu'elle ne fût évacuée au moyen du cathétérisme, passait presque en totalité par cette ouverture.

» Comme il ne paraissait possible d'obtenir la guérison que par une opération chirurgicale, et que, à raison de l'étendue de la plaie, on avait très-peu de chances de succès en réunissant les bords, soit dans le sens transversal, soit dans le sens longitudinal, M. A. Cooper proposa de suppléer à la perte de substance en empruntant un lambeau aux téguments du scrotum.

» Dans cette vue, il exécuta l'opération suivante le 9 décembre.

» Une sonde élastique étant introduite dans la vessie, les bords calleux de l'ouverture furent ravivés de manière à produire une surface entièrement saignante. Une portion de peau fut alors disséquée sur le scrotum ; elle fut laissée adhérente à sa partie supérieure ; on la retourna sur la plaie à laquelle on l'adapta parfaitement ; elle fut fixée par quatre points de suture et recouverte par de petites bandelettes d'emplâtre agglutinatif. Un bandage fut appliqué pour soutenir le scrotum, et le malade fut couché, dans son lit, sur le dos.

» Le 10 décembre, douleur très-vive dans la partie ; léger suintement de pus qui s'écoulait entre l'instrument et l'urètre à l'extrémité du pénis. On administra un lavement pour empêcher toute espèce d'effort pendant la défécation. Il s'écoula un peu d'urine par la fistule.

» Du 11 au 14, l'écoulement purulent par l'orifice naturel de l'urètre s'accrut. Le scrotum se tuméfia et s'enflamma. Une petite quantité coula encore par la plaie.

» Le 12 et le 13, on entretint la liberté du ventre au moyen des lavements et de laxatifs doux. Les purgatifs salins eurent le grave inconvénient d'agir comme diurétiques.

» Le 15 les pièces du pansement furent entièrement renouvelées. Les bords du lambeau parurent parfaitement appliqués sur les parties situées au-dessous. Mais la peau était épaisse et œdémateuse, particulièrement à la partie supérieure. Aucune des sutures ne lâchait prise. Le scrotum était considérablement excorié et irrité par l'âcreté de la suppuration.

» La plaie fut soigneusement nettoyée ; on plaça deux bandelettes agglutinatives, puis un plumasseau de charpie enduite de cérat simple, puis enfin le bandage pour soutenir le scrotum.

» Depuis ce moment, les pansements furent renouvelés chaque jonr de la même manière.

» Le 18 décembre un peu d'urine s'échappa encore par la plaie.

» Le 19, la sonde, qui était toujours restée dans la vessie depuis l'opération, s'y trouva fortement retenue; on parvint cependant à la retirer et l'on en plaça une autre. La légère pression que l'instrument exerça sur la plaie en passant, ne parut troubler en rien les adhérences déjà formées, bien que cette opération fût suivie de beaucoup de douleur à l'extrémité du pénis.

» Le 20, écoulement très-âcre par la plaie, principalement par une petite ouverture placée sur le côté droit, excoriation considérable.

» Le 21 le bord gauche et supérieur du lambeau paraissait parfaitement réuni. L'urine, qui, jusqu'à ce jour, avait été chargée d'épaisses mucosités, et avait exhalé une odeur très-désagréable, prit un aspect beaucoup plus normal, et devint bientôt tout à fait naturelle.

» Le 22 les deux sutures supérieures avaient ulcéré toute l'épaisseur de la peau.

» Le 23, les fils entretenant trop d'irritation, on les coupa tous. La suppuration de la plaie ne passait que par le petit sinus qui s'était ouvert sur le côté droit. Le bord supérieur du lambeau était encore fort épaissi.

» Le 24 la plaie parut moins irritée.

» Le 25 et le 26 la plaie était en bonne voie, la peau devenait un peu plus mince ; il s'était formé un petit clapier dans le point où avait séjourné la suture supérieure.

» Le 27, la sonde fut de nouveau retirée et on en introduisit une autre. Celle-ci passa avec très-peu de difficulté ; plusieurs poils croissaient sur le lambeau de peau, l'écoulement continuait encore par le sinus. On tenta, pour l'arrêter, l'effet de la compression ; dans ce but, on tint les côtés du foyer rapprochés au moyen d'un gâteau de charpie fixé par un emplâtre agglutinatif.

» Le 28, la compression avait complétement arrêté l'écoulement qui se faisait par le sinus.

» Le 29, le 30 et le 31, la compression fut renouvelée ; aucun écoulement ne se fit par le sinus. Cependant l'ouverture ne semblait pas parfaitement fermée, il sortait encore un peu de pus par l'extrémité de l'urètre. Le bord du lambeau devenait graduellement plus mince à partir du point qui avait éprouvé le moins de torsion.

» Le 1er et le 2 janvier 1819, même état.

» Le 3, on introduisit une nouvelle sonde.

» Le 4, le malade se leva ; légère irritation de l'urètre, une matière teinte de sang sort de ce canal.

» Le 5, vive douleur et malaise extrême dans la vessie et le pénis. Ces douleurs furent dissipées par l'administration d'un purgatif salin. Une certaine quantité d'urine, qui a passé par l'urètre sur les côtés de la sonde, a été retirée, le 18 du même mois, sans qu'il en résultât aucun inconvénient appréciable.

» Le 10, le malade se leva pendant trois ou quatre heures sans la sonde. Depuis ce jour, la sonde fut retirée tous les jours, mais on ne permit pas encore au malade d'uriner sans cet instrument.

» Du 13 au 31, on continua à retirer chaque soir la sonde pendant quelques heures ; léger suintement par la plaie.

» Le 1er février, le malade eut, pendant que l'instrument était hors de la vessie, une évacuation intestinale accom-

pagnée de la sortie d'une quantité considérable d'urine par l'urètre; c'était la première fois depuis l'opération. Pas une goutte d'urine ne passa par la plaie; aucun accident ne résulta de cette opération.

» Du 2 février au 2 mars, comme le lambeau de peau et les téguments voisins conservaient un aspect irrité, et qu'il se faisait de temps en temps un léger écoulement de pus par la petite ouverture placée au côté droit de la plaie, on ne jugea pas convenable de renouveler cette expérience. La sonde fut donc introduite deux fois par jour, et laissée dans la vessie pendant la nuit.

» Le 3 mars, d'après l'avis de M. Cooper, le malade commença à laisser passer son urine sans le secours d'aucun instrument, n'employant plus la sonde qu'une fois par jour, pour prévenir le retour d'un ancien rétrécissement de la partie membraneuse de l'urètre qui avait duré pendant très-long-temps.

» Après le premier effort, l'urine sortait par un jet plus gros qu'elle ne l'avait fait depuis plusieurs années. Une faible solution de sulfate de zinc fit bientôt disparaître l'aspect irrité des téguments.

» Le 2 mai, une bougie ordinaire fut substituée à la sonde de gomme élastique et introduite chaque jour jusqu'à la fin de septembre; depuis ce temps il ne la passa qu'une fois tous les deux jours.

» Le 14 octobre, M. H... était parfaitement rétabli : le jet d'urine devenait graduellement plus plein et plus fort, le pénis était un peu tiré en bas par la contracture des téguments; et le petit clapier qui s'était formé à la partie supérieure du lambeau, par l'action des ligatures, avait disparu.» (A. Cooper, traduction française, p. 455.)

L'urétroplastie compte sans doute des succès incontestables, mais elle compte encore plus d'échecs; échecs dus évidemment au contact de l'urine sur les lèvres de la plaie. Ce liquide, malgré toutes les précautions qu'on peut prendre pour éviter ce résultat, passe presque toujours entre la sonde et les parois de l'urètre, et va baigner la plaie et s'opposer à sa réunion. Nous avons vu que c'était aussi ce qui le plus ordinairement faisait manquer l'urétroraphie. Il était donc d'une grande importance qu'on pût lever cet obstacle, qui s'oppose d'une manière si opiniâtre au succès de l'urétroraphie et de l'urétroplastie. C'est un but qu'on a atteint en détournant l'urine du trajet de l'urètre pour la faire passer en entier par une boutonnière pratiquée au périnée, en arrière de l'orifice interne de la fistule. Cet orifice est d'un secours utile, même pour certaines fistules périnéales, multiples, compliquées de clapiers, que le passage de la plus petite quantité d'urine entretient indéfiniment. En ouvrant une issue directe à l'urine par une boutonnière, la fistule se ferme. Il y a long-temps que ce moyen a réussi à M. J. Cloquet pour la fistule en arrosoir, placée derrière le scrotum. L'observation suivante, tirée de la pratique de M. Viguerie, prouve son efficacité.

Obs. 11. « M. G..., habitant du département du Gers, vint à Toulouse pour réclamer les soins de M. Viguerie; il avait des fistules urinaires très-nombreuses qui traversaient le périnée et les bourses; l'ouverture fistuleuse interne correspondait dans l'urètre environ à un pouce au-devant du bulbe. M. G..., d'un tempérament sanguin, âgé de près de soixante ans, doué d'une force athlétique et d'une énergie de caractère peu commune, était soumis depuis quelques mois au traitement par les sondes de gomme élastique. Malgré ce traitement bien dirigé, quelques nouveaux abcès se formèrent, et leur ouverture restait fistuleuse; le malade découragé retourna chez lui, après un séjour de quatre mois à Toulouse, et suivit sous les yeux de son médecin le même traitement. Appelé de nouveau auprès du malade, M. Viguerie apprit qu'une sonde s'était brisée dans le canal, et qu'un tiers de sa longueur y était resté. Des recherches dans le canal ayant été inutiles, l'opération de la taille fut résolue, et le malade y fut préparé par des saignées et des bains, car il éprouvait des douleurs atroces. M. G... fut donc taillé, et l'opérateur fit l'extraction de six morceaux de sonde déjà incrustés de sels calcaires; les fragments rapprochés donnèrent une longueur de

quatre pouces; l'extrémité vésicale de la sonde était reconnaissable à son bout arrondi et à ses ouvertures latérales; les urines coulèrent par la plaie pendant quarante jours, après ce temps elles reprirent leur cours naturel. Alors toutes les fistules étaient fermées, les callosités fondues; et depuis le malade n'a cessé d'uriner avec la plus grande facilité. Cette guérison date de six ans, et elle ne s'est jamais démentie.» (Viguerie, *Journal hebdomadaire de médecine*, 1834, t. I, pag 181.)

Cette espèce de dérivation artificielle de l'urine s'était présentée à l'esprit de M. Dieffenbach dès 1829; il avait songé à l'employer comme méthode générale, mais il fut détourné de ce projet par la crainte qu'après la cicatrisation de la fistule la contre-ouverture elle-même ne se montrât rebelle à la guérison.

Voici, du reste, les propres paroles de ce chirurgien :

« Aucune de ces précautions n'étant capable d'empêcher l'infiltration lente, cachée, insensible de l'urine, reconnaissable seulement aux suites fâcheuses auxquelles elle donnait constamment naissance, et cet accident étant la cause principale, presque unique, de la non-réussite de mes opérations, je songeais depuis long-temps à trouver un moyen de la combattre avec efficacité. J'avais d'abord pensé, ainsi que je l'ai dit dans un autre ouvrage, qu'en pratiquant à distance et en arrière de la fistule, à un endroit plus rapproché de la vessie, une contre-ouverture on pourrait, au moyen d'une sonde introduite par cette dernière, empêcher l'urine d'arriver jusqu'à l'orifice fistuleux, et ainsi opérer avec plus de sécurité. Lors de mon séjour à Paris, j'appris, non sans un vif intérêt, qu'un médecin, dont j'ignore le nom, avait eu récemment la même idée que j'avais émise il y avait plus de sept ans. Je ne sais si ce médecin l'a réalisée dans la pratique, ni s'il en a obtenu quelque succès; j'ai compulsé les recueils périodiques et autres publiés récemment en France, et ils n'ont rien pu m'apprendre à cet égard. Pour mon compte, je n'ai jamais mis mon projet à exécution. N'ayant pu, dans plusieurs circonstances, réussir à fermer des ouvertures fistuleuses, même petites, je craignis que, la perte de substance antérieure une fois guérie, la contre-ouverture elle-même ne se changeât en une fistule dont on n'aurait pas si bon marché, et mes craintes étaient d'autant plus fondées qu'il aurait fallu laisser la sonde long-temps à demeure dans cette seconde ouverture; je renonçai donc à ce mode de dérivation de l'urine. » (Dieffenbach, *Sur quelques nouvelles méthodes pour obtenir la guérison des ouvertures contre-nature à l'extrémité antérieure et libre de l'urètre chez l'homme.* — *Gazette médic.*, 17 octobre 1836.)

Il se présenta à M. Ségalas un cas où il existait en même temps une fistule en arrière du scrotum et une autre en avant; cet habile chirurgien saisit avec sa sagacité ordinaire tout le parti qu'il pourrait tirer de la fistule périnéale pour la guérison de celle de la portion mobile de l'urètre : il introduisit dans le premier une canule par laquelle les urines s'écoulèrent en entier; la fistule de la région bulbeuse guérit par une opération, l'autre se ferma spontanément quand la canule qui servait de déversoir fut extraite; voici le fait :

Obs. 12. « Vers la fin de juillet 1841, M. le docteur Delaunay me présenta un malade qui, privé d'une grande partie de la portion spongieuse de l'urètre, depuis près de vingt-quatre ans, lui semblait pouvoir retirer de bons effets de l'application de mon procédé d'urétroplastie. C'était un homme d'environ trente ans, né dans les Landes, et travaillant depuis quelque temps à Paris comme ouvrier bottier.

» Il nous raconta qu'à l'âge de six ans il lui était arrivé, par étourderie d'enfant, de se serrer la verge avec un fil de lin, et qu'une enflure étant survenue il s'était trouvé dans l'impossibilité de défaire la ligature; que ses parents ayant eu connaissance de l'accident, avaient cherché à y remédier; qu'ils s'étaient empressés de couper le lien, mais que le mal était déjà fait; qu'à peu de jours de là la gangrène existait dans les parties étreintes, et qu'à la chute des eschares l'urètre s'était montré détruit dans une grande étendue. Il ajoutait qu'à partir

de cette époque, l'émission des urines avait eu lieu constamment par la large ouverture qui était résultée de la perte de substance, et qu'à l'âge de puberté, et depuis, il en avait été de même de la sortie du sperme.

» Nous examinâmes la partie affectée, et nous y reconnûmes l'état indiqué dans la 1re planche. La verge offrait une perte de substance qui intéressait l'urètre dans toute son épaisseur, et sur une longueur d'un pouce environ; et de plus, on y remarquait une cicatrice transversale et profonde tout autour des corps caverneux. La partie de l'urètre antérieure à la perte de substance était rétrécie, mais bien conservée d'ailleurs; un stylet y pénétrait facilement; les urines elles-mêmes y passaient quand le malade, en ramenant la verge sur elle-même, établissait un rapport exact entre l'ouverture externe de la partie postérieure de l'urètre et l'orifice postérieur de la partie antérieure de ce canal; du reste la santé générale était fort bonne, et les conditions physiques et morales me parurent être des plus favorables à l'opération que je voulais faire.

» Je commençai par placer une petite sonde de gomme élastique dans toute l'étendue de l'urètre, comme l'indique la 2e planche; et, après quelques jours de son emploi, voyant que cet instrument était bien supporté, et que je pouvais décidément compter sur une volonté ferme de la part du malade de me seconder dans mes efforts pour arriver au but, je n'hésitai plus à faire ce que j'avais fait chez le sujet de ma première urétroplastie, savoir : à ouvrir une large voie aux urines par le périnée, à y placer une sonde, à fendre le prépuce à sa partie supérieure, et à procéder ensuite à l'autoplastie après m'être ainsi mis à l'abri de l'influence fâcheuse de l'urine, et m'être assuré plus de laxité dans les parties à rapprocher.

» Mais, avant de rien entreprendre chez ce malade, je crus convenable de faire constater son état par des hommes faisant autorité dans la science, et je le présentai successivement à MM. Breschet, Larrey, Magendie et Roux, qui tous l'examinèrent avec la plus grande attention; puis, d'après le conseil d'un de ces chirurgiens, je conduisis Ducasse à l'Académie des sciences, dans la séance du 26 juillet, et je demandai une commission pour le suivre dans son traitement. Le président, M. Serres, après avoir rappelé à l'Académie, avec une bienveillance dont je suis reconnaissant, que ma lettre à M. Dieffenbach, envoyée l'année précédente au concours Monthyon, avait été prise en considération par les juges, et remise à une autre année, afin d'obtenir de nouveaux faits sur la question, me donna pour commissaires MM. le baron Larrey, Breschet et Magendie.

» Deux de ces messieurs me déclarèrent, séance tenante, avoir une connaissance suffisante de l'état actuel des parties affectées, s'en référer entièrement à moi pour tout ce qui arriverait dans le cours du traitement, et n'avoir plus à constater par eux-mêmes que les conditions dans lesquelles je laisserais le malade. Le troisième commissaire, M. le professeur Breschet, eut la bonté de s'engager à observer de près l'opération que j'allais commencer; et sa promesse, il l'a tenue avec le zèle qu'on lui connaît pour la science.

» Dès le lendemain, 27 juillet, j'incisai le prépuce à sa partie supérieure, dans le but de donner le plus de laxité possible aux parties à rapprocher. Cette précaution me parut être d'autant plus importante que le malade, comme le précédent, du reste, était affecté d'un phimosis, et que j'avais à craindre le tiraillement de la peau subjacente à l'urètre pendant les érections qui pourraient succéder à l'autoplastie.

» Cette petite opération ne provoqua aucune réaction, et réussit parfaitement; la réunion immédiate de la peau et de la membrane muqueuse correspondante eut lieu dans une grande étendue de la plaie, et la guérison de celle-ci était déjà avancée quand, six jours après, le 2 août, je me présentai pour ouvrir aux urines une voie temporaire par le périnée.

» C'était là ma seconde indication. Elle fut remplie sans trop de peine avec l'assistance de MM. les docteurs Bossion, A.-H. Dubois, Lafont, Félix Legros et

Édouard Louis. Un cathéter porté dans l'urètre servit de guide à mon bistouri pour pénétrer dans la portion membraneuse de ce canal, et, une fois celui-ci assez largement ouvert, j'y engageai une sonde de gomme élastique, et la poussai tout aussitôt jusque dans la vessie ; puis, transformant cette sonde en siphon à l'aide d'un tube œsophagien, j'établis immédiatement un cours continu des urines par l'ouverture artificielle.

» Le résultat de cette seconde opération fut la déviation complète des urines, et leur éloignement constant de la partie antérieure de l'urètre. Du reste il n'y eut, à la suite de cette opération, non plus qu'après la première, ni réaction, ni mouvement fébrile. J'avais d'abord recommandé le repos absolu, la diète, l'usage abondant d'une boisson émulsive ; peu à peu le régime fut rendu moins sévère, et les boissons ne tardèrent pas à être variées suivant le goût du malade.

» A quelques jours de là, la plaie du prépuce étant entièrement cicatrisée, celle du périnée n'étant le siége d'aucune douleur, la vessie supportant bien la sonde, le malade jouissant d'une santé générale parfaite, et n'ayant éprouvé aucune irritation des parties génitales, aucune érection, je crus le moment venu d'entreprendre l'urétroplastie.

» En conséquence, le 18, en présence de M. Breschet, commissaire de l'Institut, de M. Lemazurier, correspondant de l'Académie royale de médecine, et des cinq médecins déjà nommés, je procédai à l'opération ainsi qu'il suit :

» Je pratiquai sous la verge, en avant et en arrière de la perte de substance, et transversalement, deux incisions semi-elliptiques, se joignant de chaque côté sur les parties latérales des corps caverneux ; puis je dénudai avec soin toute la surface circonscrite par ces deux incisions, et, mettant en rapport les deux lèvres de la plaie qui était résultée de cette dissection, je les unis ensemble à l'aide de six points de suture entortillée, dont un occupait le milieu, trois étaient à droite et deux à gauche. J'avais eu l'idée de faire un troisième point de suture de ce dernier côté ; l'observation d'un assistant, que le gonflement pourrait amener trop de compression entre les parties ainsi rapprochées, m'empêcha de réaliser mon projet, et je laissai entre les deux aiguilles dont il s'agit bien plus d'intervalle qu'entre celles du côté opposé. Je note cette circonstance, parce qu'elle me paraît avoir exercé une grande influence sur la durée du traitement, en s'opposant à la réunion immédiate dans l'espace indiqué.

» J'avais eu la précaution d'établir une bougie dans les parties moyenne et antérieure de l'urètre, en la faisant pénétrer par l'ouverture du périnée, passer sur le fond de la plaie et sortir par le méat urinaire ; elle était destinée à servir de moule au nouveau conduit. Ce temps de l'opération eut lieu sans le moindre accident. Ainsi que nous l'espérions, le sang, assez abondant, que fournissait en avant et en arrière le tissu spongieux de l'urètre, se trouva arrêté sitôt que les deux parties du canal furent mises en contact ; des compresses trempées dans de l'eau froide furent placées autour de la verge, le siphon fut mis en exercice, et le malade tenu au repos, à la diète absolue, et à l'usage d'une boisson émulsive.

» Pendant trois jours et trois nuits, il n'y eut ni fièvre, ni érection, et le quatrième jour, le samedi 21, M. Breschet trouva le malade en bonne voie de guérison ; toutes les aiguilles étaient en place ; aucune d'elles n'avait produit trop d'irritation : la réunion immédiate semblait s'être opérée partout, excepté à gauche, dans l'intervalle qui séparait la dernière aiguille de l'avant-dernière, intervalle où nous avons dit que les chairs avaient été rapprochées bien moins que partout ailleurs.

» Il était trop tard pour changer cette condition ; nous nous bornâmes à continuer les mêmes soins, et nous consentîmes à une légère alimentation.

» Le mardi 24 je retirai les deux aiguilles extrêmes ; le 25, au matin, les deux moyennes, et le soir les deux dernières. Le lendemain, à la chute complète des fils, nous eûmes la confirmation de ce que nous avions pensé : la réunion avait eu lieu sur toute l'étendue de la

plaie, excepté au point signalé à gauche, où il existait un certain écartement et une suppuration assez abondante. Il y avait du reste très-peu de gonflement, et le malade, dont les fonctions n'avaient été troublées en aucune manière, assurait ne point éprouver de douleur. Il avait eu plusieurs fois des commencements d'érection ; mais il s'en était toujours rendu maître à l'aide des applications froides.

» Quelques jours après, la fistule se rétrécit d'une manière notable et très-rapide ; et bientôt elle se trouva réduite à un pertuis à peine visible, par lequel s'opérait un léger suintement de pus et de mucus.

» Le 8 septembre je touchai ce pertuis avec du nitrate d'argent. Il sembla dès lors être complétement fermé. Mais la guérison n'était qu'apparente ; l'eschare tombée, le suintement reparut. Il en fut de même après deux autres cautérisations.

» Le 1er octobre je portai le nitrate d'argent dans l'intérieur de l'urètre, au niveau de l'ouverture fistuleuse. L'effet immédiat de cette cautérisation interne fut un écoulement abondant et par la fistule et par le méat. Toutefois, après quelques jours de repos, le 7, la fistule sembla de nouveau être fermée.

» Je voulus m'assurer du fait. Le 9, en présence de M. Breschet, je fis une injection dans l'urètre : l'eau reflua en partie par le méat urinaire, et sortit en partie par l'ouverture périnéale ; mais rien ne se montra au-dessus de la verge.

» Je ne tardai pas cependant à m'apercevoir que la guérison était imparfaite. Sous l'influence d'une nouvelle injection la fistule se rouvrit et laissa échapper quelques gouttes d'eau. Tout aussitôt je touchai le point fistuleux avec un pinceau très-fin trempé dans de la teinture éthérée de cantharides.

» Cette substance détermina une vésication de l'étendue à peu près d'une pièce de vingt-cinq centimes, et, pendant quelques jours, la suppuration par cette surface et le suintement de la fistule furent très-abondants. Peu à peu la petite plaie guérit, les tissus revinrent sur eux-mêmes, mais la fistule persista.

» Le 26, après plusieurs jours passés sans rien faire, je la cautérisai avec l'extrémité d'un stylet de fer chauffé à la flamme d'une chandelle. L'eschare sèche qui résulta de cette opération mit obstacle au suintement pendant quelques jours ; mais, à sa chute, celui-ci se montra de nouveau. Néanmoins l'ouverture fistuleuse semblait s'être encore rapetissée ; ce n'était plus guère qu'un point à peine perceptible.

» J'avais, dès le 28, enlevé la sonde du périnée, et je l'avais remplacée par une autre sonde de gomme élastique de moyen calibre, dirigée dans la vessie par le méat urinaire. L'émission de l'urine se faisait par cette nouvelle sonde, qui était habituellement fermée, et que le malade débouchait seulement lors des besoins d'uriner. La bougie, qui, passant par le méat urinaire et par l'ouverture périnéale, avait occupé l'urètre dans le cours du traitement, y fut conservée, afin d'empêcher l'occlusion complète de cette ouverture périnéale, et de me ménager par là la faculté de l'utiliser encore, s'il y avait lieu.

» Quelques jours après la chute de l'eschare produite par la cautérisation ignée, le 7 novembre, la fistule de la verge parut être de nouveau tout à fait fermée ; ses bords n'avaient plus l'aspect luisant qu'ils avaient conservé jusque-là, ils avaient revêtu celui de la peau saine. On n'apercevait aucun suintement.

» J'enlevai la sonde et j'engageai le malade à uriner naturellement. Cette première épreuve fut suivie de l'écoulement d'une goutte d'urine par le point fistuleux. Néanmoins le malade fut laissé sans sonde, il continua d'uriner par le canal.

» Pendant trois jours il ne sortit point d'urine par l'ouverture anormale, et le 10, au matin, j'étais sur le point de déclarer la guérison réelle ; mais, le soir même, l'urine se montra sous la verge.

» Ce fut un motif pour moi de cautériser de nouveau la fistule avec un stylet rougi au feu, et de repasser par la plaie du périnée une sonde dans la vessie.

» Malgré ces soins, lorsque, le 18, le malade voulut uriner par le canal, un peu d'urine se fit jour par le pertuis. Il y avait cependant une amélioration sensible

dans son état, en ce sens que les tissus environnant l'ouverture fistuleuse avaient acquis plus de consistance et de solidité.

» Le 20, je mis une épingle sur le pertuis, après en avoir rendu les bords saignants avec la pointe d'une lancette, et je replaçai la sonde du périnée.

» Deux jours après, le 22, il ne s'était fait aucun suintement sous la verge; le fil qui entourait l'épingle était parfaitement sec, et il n'y avait nulle apparence d'inflammation. Le malade avait eu quelques commencements d'érection; mais il lui avait suffi de se découvrir pour les faire cesser.

» Le 23, j'ôtai l'épingle; le fil tomba le 24. Aucun suintement n'avait eu lieu, l'adhérence paraissait complète.

» Le 26, je retirai la sonde du périnée et le malade urina par la verge sans qu'il échappât une goutte d'urine par le point où existait la fistule.

» Le 28, la guérison paraissant se confirmer, je portai le nitrate d'argent sur l'ouverture du périnée, déjà fort rétrécie par le seul travail de la nature. Six jours plus tard, cette ouverture était complétement fermée, le malade continuait à uriner à l'aide d'une sonde, rien ne sortait par le siége de la fistule.

» Le 7 décembre, je présentai Ducasse à la Société médicale du Temple. Là, il fut soumis à l'examen particulier de bon nombre de mes collègues. Il offrait toutes les apparences d'une guérison parfaite.

» Toutefois, à peu de jours de là l'excrétion de l'urine sans sonde avait suffi pour rendre la fistule apparente. C'est un fait que je constatai le 12. Tout aussitôt j'appliquai sur l'ouverture, à peine grande comme le point lacrymal, un stylet chauffé à l'eau bouillante. Le suintement cessa à l'instant, et ne reparut plus que le 23; je le combattis alors par l'application du même stylet rougi au feu. L'occlusion fut immédiate et dura cette fois plus long-temps.

» Le 15 janvier, le malade me déclara avoir remarqué un léger suintement pendant des efforts faits pour aller à la garde-robe. On ne voyait point d'ouverture, mais je m'assurai qu'il en existait une en faisant uriner le malade sans sonde: après l'excrétion je trouvai une goutte d'urine sur la cicatrice, et je finis par découvrir une ouverture grande tout au plus comme la pointe d'une aiguille. J'appliquai pour la seconde fois un bouton de stylet rougi au feu.

» Le suintement ne se montra plus que trois semaines après, le 5 février, à la suite de l'excrétion naturelle de l'urine. Alors, profitant de la présence d'un de mes honorables confrères, M. le docteur Berton, je circonscrivis la désespérante et microscopique ouverture par deux incisions semi-elliptiques, ayant chacune à peu près un centimètre d'étendue, et intéressant la peau dans toute son épaisseur; je dénudai tout l'espace intermédiaire à ces deux incisions, et j'appliquai un point de suture entortillée sur les deux lèvres opposées à la petite plai Celle-ci se réunit immédiatement en partie, et suppura en partie. Cependant la cicatrisation ne se fit pas attendre, et la guérison de la fistule parut enfin être définitive. Depuis, elle ne s'est point démentie; quoique le malade ait uriné plusieurs fois naturellement, et qu'il se soit livré sans relâche au travail pénible de son état de bottier.

» Je lui ai expressément recommandé de persister encore pendant quelque temps dans l'usage habituel de la sonde pour vider la vessie..........................

» Je joindrai quelques réflexions à ce fait.

» Je dirai d'abord que, venant en troisième lieu, il confirme en tous points ce que ma première urétroplastie et celle plus récente de M. Ricord, ont montré, savoir: qu'en ménageant une voie facile aux urines par le périnée, on soustrait la partie antérieure de l'urètre à l'influence évidemment séparatrice de l'urine, et que par là on met cette partie dans des conditions favorables à la réunion désirée.

» Je ferai remarquer ensuite que, de même que dans une première observation, l'autoplastie a eu pour résultat immédiat la réunion des parties dans la plus grande portion de l'étendue de la plaie, et que, pour obtenir le complément de la guérison, il a fallu beaucoup de temps et de petits soins locaux.

» Chez le premier malade, le défaut de réunion immédiate se faisait remarquer vers le milieu de la plaie, à un point où les parties rapprochées avaient beaucoup de tendance à s'écarter l'une de l'autre, et dans lequel les aiguilles ne purent les maintenir en contact prolongé.

» Chez le second malade, ce défaut d'union a été observé vers l'extrémité gauche de la plaie, à un endroit où, cédant à un conseil du moment, et dans le but d'éviter une très-forte compression, j'avais laissé entre les aiguilles plus d'espace que partout ailleurs, et opéré par suite un rapprochement moins complet des parties saignantes.

» Aussi j'estime qu'en pareille occurrence il conviendrait de rapprocher les lèvres de la plaie de manière à en obtenir le contact général, et de les maintenir dans cette position par des aiguilles suffisamment nombreuses et méthodiquement serrées.

» J'ajouterai que dans tout le cours du traitement il n'y a pas eu la moindre réaction, et que cette circonstance, qui semble établir, sinon l'innocuité absolue de l'urétroplastie, au moins son peu de danger, pourrait tenir en partie à la précaution que j'ai eue de diviser l'opération en trois temps ; savoir : un premier temps pour l'incision du prépuce ; un deuxième temps huit jours plus tard, pour l'établissement d'une sonde au périnée ; un troisième temps pour le rafraîchissement, la confrontation et l'union, par des points de suture, des parties antérieures et postérieures de l'urètre.

» Je dois aussi faire observer que la fistule du périnée s'est fermée presque aussitôt après que la sonde qui la maintenait ouverte a été retirée ; c'est à peine si je l'ai touchée une fois avec le nitrate d'argent, et s'il y a eu un intervalle de huit jours entre la guérison et le retrait de l'instrument. » (Ségalas, *Mémoire sur l'urétroplastie*, p. 5, extrait du tome II, des *Mémoires de l'Académie royale de médecine.*)

Dans le cas où comme M. Ségalas on trouve en même temps qu'une fistule périnéale une fistule à la portion libre de l'urètre, on doit, profitant de la disposition que vous offre la nature, maintenir béante à l'aide d'une canule la fistule la plus facile à guérir, et procéder par des moyens convenables à l'occlusion de l'autre. Lorsque la fistule est unique et se rapproche de la région spongieuse, si elle est rebelle, avec large perte de substance, il faut en détourner l'urine en pratiquant la boutonnière. Puis on s'appliquera à fermer la fistule par une opération convenable, urétroraphie ou urétroplastie : c'est ce qu'a fait M. Viguerie chez un sujet dont voici l'histoire.

Encouragé par une cure uniquement due au hasard, M. Viguerie pensa que cette opération pourrait être une ressource dans quelques cas de fistules opiniâtres. Depuis il l'a pratiquée deux fois avec succès.

Obs. 13. « M. N..., âgé de trente-huit ans, d'un tempérament très-irritable, obligé de voyager à cheval pendant deux jours, éprouva à la suite de ce voyage une douleur et un engorgement au testicule gauche. Un chirurgien fut appelé ; on mit sur le testicule des cataplasmes de farine de graine de lin. Six jours après il parut une tumeur au côté du testicule, sur laquelle on appliqua un morceau de pierre à cautère. L'ouverture de l'abcès donna issue à une matière sanguinolente, puis à de l'urine ; le malade fut dès lors soumis à l'usage des sondes, il les supporta difficilement ; elles ne produisirent aucun changement avantageux dans son état. Trois mois après, un second abcès se déclara au côté droit ; il fut traité comme le premier par les émollients et le caustique. Le malade eut alors deux fistules, l'une à gauche placée vers la racine des bourses, l'autre à droite, un peu plus rapprochée de l'anus ; l'urine coulait presque totalement par ces deux ouvertures. Après huit mois de souffrance, le malade se décida à venir à Toulouse réclamer les soins de M. Viguerie : celui-ci lui conseilla l'usage des sondes de gomme élastique. Par ce moyen l'urine était entièrement déviée des ouvertures fistuleuses. Ce traitement fut long-temps continué, l'état du malade en fut amélioré, mais les fistules persistaient toujours. Alors, désespérant d'obtenir la guérison par l'emploi des

sondes, M. Viguerie décida le malade à se laisser pratiquer l'opération de la boutonnière. L'opération fut faite deux ans après l'apparition des fistules. Depuis le moment de l'opération l'urine coula par la plaie et cessa de passer par les ouvertures fistuleuses ; ce ne fut que trois semaines après que l'urine reprit son cours ordinaire. La plaie n'a été entièrement cicatrisée que sept mois après l'opération ; les parties qui furent incisées offrirent une consistance analogue à celle du cartilage, cette circonstance fit craindre que la plaie ne restât fistuleuse.

» Aujourd'hui, 28 octobre, il y a, dans les salles de l'Hôtel-Dieu de Toulouse, un malade auquel M. Viguerie a fait la même opération ; ce malade porte depuis huit ans des fistules urinaires qui ont résisté au traitement par les sondes et par la cautérisation : tout fait espérer un heureux succès. » (*Journal hebdomadaire*, 1834, t. I, p. 185 ; communiqué par M. Charles Viguerie.)

On remarquera que M. Viguerie ne place point de canule dans l'ouverture de dérivation. Quant à l'indication de la boutonnière, le chirurgien de Toulouse semble la conseiller et la faire pour tous les cas de fistules rebelles aux autres moyens, sans distinction de région, pour le périnée comme à la portion mobile de l'urètre. D'ailleurs on ne sait pas au juste sur lequel de ces deux cas il a opéré, l'observation la moins courte ne permet que de soupçonner que la fistule était au périnée ; dans les autres faits, qui ne sont que mentionnés, on ne peut pas même avoir un soupçon sur le siége de la fistule.

Quoi qu'il en soit, avant M. Ricord personne n'avait pratiqué la boutonnière comme ouverture de dérivation dans le but de faciliter, de rendre possible le succès des procédés d'oblitération appliqués à une fistule de la portion mobile de l'urètre ; et sa première tentative a été un succès. Nous allons donner dans presque tous ses détails ce fait du plus haut intérêt pratique.

Obs. 14. « François-Jean Marie, âgé de vingt-six ans, cordonnier, entra dans le service de M. Ricord, à l'hôpital des Vénériens, le 16 juin 1840.

» Ce malade, à l'âge de sept ans, imagina de s'étreindre la verge avec un fil. Ce fil, fortement serré un peu en avant de la racine des bourses, amena dès le lendemain un gonflement considérable des parties voisines, au-dessous desquelles il disparut bientôt en coupant la peau. Au gonflement et à la section des téguments, lesquels se réunirent et se cicatrisèrent à mesure qu'ils se coupaient, se joignit une rétention d'urine que le malade assure avoir été complète pendant quatorze jours, ce qui pourtant ne l'empêcha pas d'aller à l'école.

» A cette époque, au dire du malade, l'urètre fut divisé par le fil, et il s'écoula une très-grande quantité d'urine. Ce fut alors seulement, s'il faut en croire le malade, que ses parents, qui jusque-là avaient ignoré sa maladie, consultèrent le médecin ; de graves accidents, sur la nature desquels il ne sait pas trop s'expliquer, étaient survenus. Au bout de six semaines, tous les accidents locaux et généraux avaient disparu ; il ne restait plus alors qu'une cicatrice en forme de virole, étreignant la verge dans toute sa circonférence, et laissant à nu les deux bouts opposés de la partie spongieuse de l'urètre complétement divisée.

» Par suite de conditions congénitales, mais surtout comme conséquence des désordres inflammatoires et d'une gangrène partielle qui survinrent probablement alors, ainsi que l'indiquent aujourd'hui d'anciennes cicatrices, le malade est affecté d'un phimosis.

» Il paraît que le fil n'aurait jamais été retrouvé quelque soin qu'ait mis à le chercher le premier médecin appelé.

» Depuis cette époque, le malade ne s'était plus occupé de son infirmité, avec laquelle il s'était habitué à vivre, et qui n'a semblé le gêner notablement dans aucune des fonctions des organes génito-urinaires : en effet, l'émission de l'urine se fait aujourd'hui comme dans les hypospadias ; pendant les érections qui sont faciles et complètes, la verge reste parfaitement droite, seulement la partie antérieure ou balanique de l'urètre et le gland lui-même ne semblent pas autant

participer à cette turgescence qui se manifeste dans un canal normal pendant les érections. Cette portion aussi reste complétement étrangère aux sensations voluptueuses, qui se trouvent ainsi limitées au bout postérieur; de telle façon que chez ce malade la fosse naviculaire n'est plus, comme on l'a dit, l'aboutissant ou le rendez-vous des sympathies.

» Ce fut dans ces conditions que le 1er janvier 1840, à la suite de rapports sexuels que le malade a droit de croire suspects, il fut pris au bout de huit jours d'un écoulement blennorrhagique. La maladie commença d'abord par le bout postérieur de l'urètre, et ce ne fut que quatre ou cinq jours plus tard, les orifices étant en présence et en contact, que la portion antérieure du canal se prit. Alors l'écoulement eut lieu en même temps par l'orifice du bout postérieur, et par les deux orifices du bout antérieur; c'est-à-dire par le méat urinaire et par les deux ouvertures accidentelles.

» Lorsque le malade fut soumis à notre observation, la matière de l'écoulement était abondante, fortement purulente; le bout postérieur ou vésical était le siége de douleurs dans l'émission de l'urine, le bout que ne traversait pas ce liquide n'était un peu sensible qu'à la pression. Du reste les érections, qui ne pouvaient pas être cordées à cause de la division du canal dans le point le plus favorable pour prévenir cet accident, n'amenaient aucune douleur.

» Dès que les accidents aigus eurent cédé au repos, au régime, aux bains et aux boissons délayantes, on fit prendre au malade une dose journalière de 24 grammes de poudre de cubèbe. A peine quelques jours s'étaient écoulés que déjà la sécrétion morbide avait considérablement diminué du côté de la portion postérieure ou vésicale de l'urètre; tandis que dans la portion antérieure, attenante au gland, elle n'avait subi aucune modification. Après six jours de l'usage du cubèbe et sans aucun autre adjuvant, l'écoulement blennorrhagique qui persistait au même état dans le bout antérieur, avait complétement disparu dans le bout postérieur.

» Dans cet état de choses, la même médication continuée jusqu'au 1er juillet fut alors abandonnée; on n'avait rien gagné dans le bout antérieur dont l'écoulement était toujours abondant. Pendant l'usage du cubèbe on avait isolé avec soin, par l'interposition d'un linge, les deux orifices accidentels du canal. Aussitôt qu'on eut permis leur rapprochement et leur contact, la matière fournie par le bout antérieur vint souiller l'ouverture postérieure, et il se fit une nouvelle infection du bout vésical qui n'était plus malade. Dès lors on recommença le traitement du bout postérieur comme la première fois par le cubèbe. Après la guérison, qui ne se fit pas attendre; pour tarir également l'écoulement du bout antérieur par où n'avait pu passer l'urine imprégnée du principe médicamenteux, on fit pendant deux jours, dans le seul bout antérieur, des injections avec le liquide suivant :

Pr. Eau distillée 250 grammes.
Nitrate d'argent cristallisé 10 centig.

» Trois jours plus tard il n'y avait plus de traces d'écoulement, et la blennorrhagie était complétement guérie. Sur ces entrefaites on proposa au malade de l'opérer de sa fistule; mais peu désireux d'une opération pratiquée dans le but de guérir sa division accidentelle de l'urètre, il sortit de l'hôpital.

» Bientôt après, il vint demander à M. Ricord l'opération qu'il avait d'abord refusée............

» Le malade fut placé sur le bord d'un lit élevé comme pour l'opération de la taille. Un cathéter à large cannelure ayant été introduit dans la vessie par l'ouverture de la moitié postérieure du canal, une incision fut faite au périnée dans la direction du raphé, d'une étendue d'environ deux centimètres, et dont l'extrémité antérieure commençait immédiatement en arrière de la région du bulbe; le malade était gros et fortement musclé. Il fallut aller chercher la région membraneuse à une grande profondeur. Elle fut divisée dans l'étendue d'un centimètre environ, après quoi on essaya d'introduire une sonde de gomme élastique, en suivant la cannelure du cathéter; mais on fut obligé d'y renoncer. Une

sonde métallique de femme fut introduite dans la vessie avec la plus grande facilité.

» Aussitôt après l'avoir fixée, M. Ricord fit l'opération du phimosis par le procédé ordinaire, qui consiste dans la section simple de la partie supérieure du prépuce dans toute sa longueur. Par ce moyen, le fourreau, devenu plus mobile, devait rendre plus facile l'affrontement des bords de la fistule après l'avivement.

» Les bords de la fistule furent ensuite avivés de manière à détruire au voisinage les adhérences, mais sans attaquer la totalité de la bride circulaire dont nous avons parlé plus haut, parce qu'elle n'était pas de nature à gêner l'ampliation des corps caverneux.

» M. Ricord attendit pour réunir qu'il ne s'écoulât plus de sang; il s'assura avec grand soin que la plaie n'était point le siége de petites ecchymoses qu'il regarde comme s'opposant à la réunion immédiate.

» Une bougie fut introduite par le méat urinaire et dirigée à la rencontre de la sonde périnéale. Les lèvres de la plaie furent alors amenées au contact de manière à obtenir une réunion linéaire transversale, et à faire ainsi disparaître l'écartement en forme de losange que présentait la plaie. La réunion se fit ensuite à l'aide de deux points de suture entortillée et de deux points de suture entrecoupée placées alternativement.

» L'opération terminée, le malade fut couché sur le dos, les membres pelviens un peu fléchis et soutenus par des oreillers placés sous les jarrets. Application de compresses imbibées d'eau froide; pilules opiacées camphrées, diète, boissons délayantes. Le soir, la réaction fébrile était vive, on fit une saignée du bras. Le lendemain, l'urine avait bien coulé par la sonde du périnée; la plaie est baignée par de l'urine, les bords sont gonflés; le troisième jour les sutures se détachent; pas de réunion, l'urine s'échappe par l'ouverture fistuleuse comme avant l'opération. Les bords de la fistule conservent néanmoins une direction transversale et une épaisseur qui fait espérer de rendre plus heureuses de nouvelles tentatives de réunion.

» Il ne s'écoulait que fort peu d'urine par la sonde du périnée, et le sixième jour elle fut remplacée par une sonde de gomme d'un calibre plus fort; la sonde d'argent était complétement bouchée.

» Le 15, un engorgement considérable se forme dans l'épaisseur des bourses. Le 17, on peut faire refluer par la fistule du pus et de l'urine en comprimant les bourses d'avant en arrière; une ouverture est pratiquée vers la partie moyenne gauche du scrotum dans le point correspondant à l'abcès urineux. Cataplasmes, diète, etc. Tous les jours des injections vésicales, faites dans le but de nettoyer la sonde, furent pratiquées avec de l'eau tiède par la sonde périnéale. L'urine continuait à couler par la fistule, par l'ouverture de l'abcès et par la sonde périnéale. M. Ricord voulant alors imiter complétement M. Ségalas, plaça dans le canal une bougie qu'il fit sortir par l'ouverture périnéale à côté de la sonde. L'urine, le lendemain, avait coulé plus abondamment par la fistule; le malade enleva de lui-même la bougie, qui lui causait des douleurs intolérables. Il survint ensuite au malade une double épididymite, qui n'offrit rien de particulier.

» La suppuration des bourses était complétement tarie et l'ouverture fermée, les bords de la fistule se trouvaient dans de bonnes conditions d'épaisseur. On continua à bien établir le cours de l'urine par le périnée au moyen de sondes de plus en plus grosses. L'écoulement blennorrhoïde du canal qui avait déterminé le retrait de la bougie avait disparu, l'urine s'écoulait très-bien par le périnée et n'arrivait que très-rarement jusqu'à la fistule.

» Le 19 janvier, une nouvelle réunion fut pratiquée au moyen de la suture entortillée; celle-ci prenant mieux l'affrontement des surfaces: les sutures entrecoupées avaient mal réussi dans la première tentative de réunion. La bougie placée dans le canal fut poussée beaucoup moins loin que la première fois dans la crainte qu'elle ne servît encore de conducteur à l'urine.

» Le 22 janvier, trois jours après l'opération, les deux épingles externes sont enlevées, les deux moyennes sont laissées en place, la réunion paraît complète; pas de suppuration, l'urine n'est pas arrivée.

» Le 24, les deux dernières épingles sont enlevées; mais on remarque une petite ouverture à l'angle droit de la réunion, il en sort un peu de pus et d'urine. La sonde du périnée fonctionnait très-bien. On toucha cette petite ouverture à plusieurs reprises avec le nitrate d'argent, et le 1er février elle était cicatrisée; une autre très-minime se manifesta à l'angle gauche, celle-ci persista long-temps sous la forme d'un pertuis capillaire (elle est aujourd'hui complétement fermée).

» Le 12 février, trois mois et quelques jours après la première opération, la sonde du périnée fut enlevée, et une petite sonde introduite dans la vessie par l'urètre; ce qui ne fut pas très-difficile.

» L'urine cessa de passer par la plaie du périnée, qui marcha rapidement vers la cicatrisation, qui fut obtenue complète le 2 mars 1841.

» Aujourd'hui le malade est parfaitement guéri; la verge a repris sa forme et son intégrité; les érections sont faciles et régulières; l'émission de l'urine se fait d'une manière normale.

» Le fait dont je viens de rapporter l'histoire est de la plus haute importance, et comme application chirurgicale, et comme fournissant des données incontestables touchant le mode d'action des préparations balsamiques. » (*Annales de chirurgie*, t. II, p. 62, mai 1841.)

C'est certainement là un très-beau résultat, qui débarrasse le malade d'une infirmité dégoûtante et incurable, au moins selon toutes les probabilités, par tout autre moyen. C'est d'ailleurs une opération aussi facile à exécuter, que sûre dans ses résultats. La plaie n'intéressant pas la vessie et ne portant que sur des tissus peu épais et peu susceptibles, n'offre pas en général de danger.

En résumé, pour l'application de la boutonnière aux fistules rebelles; celles qui siégent au périnée et sont compliquées de sinus, de callosités, ou placées, si elles sont multiples, à différentes distances sur le trajet de l'urètre, comportent ou réclament une contre-ouverture sur la dernière ou en arrière de la dernière : ce sont les cas de M. Viguerie. S'il y a en même temps fistule au bulbe et au périnée, on doit, à l'exemple de M. Ségalas, introduire une canule dans la fistule la plus reculée; en l'agrandissant par une incision, s'il est nécessaire. Enfin, si la fistule rebelle de la région spongieuse est solitaire, on pratiquera, comme M. Ricord, une boutonnière à la portion membraneuse de l'urètre.

Cette dérivation permettra quelquefois la guérison spontanée de fistules qui paraissaient incurables auparavant, et assurera le succès de l'urétroraphie ou de l'urétroplastie, suivant que l'étendue de la fistule indiquera l'une ou l'autre de ces deux opérations. Sous ce rapport la boutonnière est appelée à rendre de grands services.

Nous ne voulons pourtant pas dire que sans ce secours un chirurgien habile ne parviendra pas à guérir des fistules moins larges de la portion mobile de l'urètre, nous serions d'autant moins en droit d'avancer ce fait, que nous avons été récemment témoin d'un succès très-remarquable, obtenu dans ces conditions par M. Jobert de Lamballe.

Obs. 14. « Amable Duvivier, âgé de trente-sept ans, de Lille, chapelier, entra dans le service de M. Jobert, le 1er novembre 1843, pour y être traité d'une fistule urétrale dont il était atteint depuis quatre ans.

» Ce malade rapporte que sa fistule survint à la suite d'une rétention d'urine causée par la fatigue, rétention qui avait nécessité l'emploi du cathétérisme. Les parties génitales devinrent tout à coup très-volumineuses, très-enflammées; le canal de l'urètre se rompit, et une fistule s'établit à la racine de la verge, immédiatement en avant du scrotum.

» Quatre ans après ces accidents il vint à Paris, entra dans un hôpital, où il séjourna pendant deux mois. On ne tenta aucune opération. En retournant dans son pays, il contracta la syphilis (chancres, bubons, puis éruption de syphi-

lides papuleuses). Il revint alors à Paris, et fut admis à l'hôpital Saint-Louis (1er novembre 1843).

» La fistule que nous avons dit avoir son siége à la racine de la verge, immédiatement en avant du scrotum, avait deux centimètres et demi d'étendue suivant la direction du canal, et un centimètre de largeur. Toute l'urine s'écoulait par cette ouverture, au fond de laquelle on voyait distinctement le canal de l'urètre; une sonde pénétrait facilement par le méat urinaire et dans toute la longueur du canal, qui n'avait éprouvé aucun rétrécissement.

» Le malade fut immédiatement soumis à un traitement antisyphilitique. Au bout de vingt jours, une première urétroplastie fut faite au moyen d'un lambeau emprunté au scrotum; le deuxième jour les fils coupèrent la peau, et le lambeau se détacha.

» Peu de temps après, M. Jobert tenta l'application d'un nouveau lambeau taillé cette fois aux dépens de la région inguinale gauche. Du quatrième au cinquième jour la peau fut encore coupée par les fils, et le lambeau se détacha. La réunion par seconde intention ayant également échoué, le lambeau se rétracta vers sa base et se réduisit à l'état d'un petit tubercule qu'on remarquait à gauche du scrotum.

» Cependant, par suite du traitement mercuriel, les taches syphilitiques avaient complétement disparu et, vers la fin de mars 1844, une troisième opération fut tentée; elle fut pratiquée de la manière suivante. Après avoir avivé les bords de la fistule urétrale et excisé en dédolant la peau du pourtour de son orifice dans une étendue de 5 millimètres, deux incisions parallèles à l'axe de la verge furent faites de chaque côté de cet orifice et prolongées dans l'épaisseur du scrotum, dans une étendue de 4 à 5 centimètres, de façon à comprendre entre elles un lambeau cutané large de 3 à 4 centimètres; le lambeau, disséqué jusqu'à sa base, fut appliqué de bas en haut sur l'orifice fistuleux, et y fut placé de façon à mettre son bord libre en contact avec le point le plus élevé de la fistule. Toute la périphérie du lambeau fut ensuite exactement réunie par la suture entrecoupée au pourtour de l'orifice fistuleux. Une sonde de moyen calibre avait été d'abord introduite dans l'urètre, une légère compression fut établie sur le lambeau dans le but de l'y tenir exactement appliqué. Toute trace d'infection syphilitique ayant disparu, l'adhésion fut presque complète; la réunion se fit dans les 5/6 du pourtour de la fistule. Il resta un pertuis latéral de la capacité d'un gros stylet, par lequel l'urine continua à s'écouler; on tenta à plusieurs reprises d'en obtenir l'oblitération, en avivant les bords et en réunissant par la suture entortillée : ces premières tentatives furent sans succès.

» Au mois de janvier 1845, l'orifice fistuleux existait encore; il admettait l'extrémité d'un stylet de trousse ordinaire et, lorsque le malade urinait, le liquide s'écoulait en jet délié, de la grosseur d'une soie de sanglier.

» Au commencement de février M. Jobert tenta une nouvelle suture, qui fut la dernière; l'opération consista dans l'avivement des bords indurés du trajet fistuleux, et l'application de deux points de suture entortillée : les épingles restèrent en place pendant trois jours; lorsqu'elles furent enlevées il ne restait qu'un petit pertuis à peine perceptible, que les progrès de la cicatrisation et des cautérisations avec le nitrate d'argent finirent par oblitérer complétement. Aujourd'hui 30 mars, l'urine a cessé depuis huit jours de s'échapper par la fistule; les corps caverneux et le gland ont repris leur volume et leur forme, la peau de la verge présente la trace des cicatrices qui circonscrivent le lambeau; la verge n'est ni tiraillée, ni déviée; la cicatrice ne gêne en rien l'érection. » (*Gazette des hôpitaux*, n° 39, p. 155. 1845.)

Quand on espérera réussir de cette manière, il faudra certainement l'essayer.

ARTICLE XI.

Incontinence d'urine.

Il y a deux espèces principales d'incontinence d'urine; l'une, consécutive à la rétention et où l'écoulement involon-

taire du liquide n'a lieu que lorsque son réservoir distendu laisse échapper le trop-plein, c'est l'incontinence par regorgement. L'autre espèce est primitive en ce sens que l'émission involontaire a lieu sans que la vessie soit remplie.

§ I. Incontinence d'urine par regorgement.

Cette incontinence peut exister dans toutes les rétentions d'urine, quelle qu'en soit la cause; dans celles qui résultent de la paralysie vésicale, de l'hypertrophie prostatique, des rétrécissements urétraux, etc. L'écoulement du liquide se fait par son propre poids, par la résistance élastique de la vessie, par la contraction des muscles du ventre, par les mouvements du corps.

En général cette incontinence est facile à reconnaître; mais il est des cas insidieux, où, faute d'une attention suffisante, on pourrait la prendre pour une incontinence essentielle, parce qu'elle est incomplète ou passagère.

« J'ai vu alors d'habiles praticiens se méprendre complétement sur le compte de l'affection qu'il s'agissait de combattre. L'un de nos généraux, qui avait résisté à la double épreuve des fatigues de la guerre et des excès vénériens, se félicitait de pouvoir rester toute une journée à cheval ou faire de longs voyages sans éprouver le besoin d'uriner, lorsqu'il fut pris tout à coup d'incontinence d'urine; ses habits étaient mouillés sans qu'il ressentît la plus légère douleur, ni la moindre gêne dans l'exercice de ses autres fonctions. Un médecin distingué conseilla le repos, les bains et les boissons émollientes, sans se douter que la vessie ne pouvait se débarrasser de son contenu. Il ne vit là qu'une irritation locale résultant des fatigues; et ce qui sembla confirmer son opinion, c'est qu'après avoir fait usage des moyens prescrits pendant quelques jours, le général reprit son service sans laisser échapper l'urine. Peu de semaines après, l'infirmité reparut, et céda encore, bien que d'une manière moins soutenue; l'écoulement involontaire, qui s'était montré d'abord à la suite de l'équitation, se manifesta bientôt de lui-même pendant la nuit, mais toujours sans nul embarras à la région vésicale. Après avoir employé sans succès une longue série de médicaments internes on eut enfin recours à la sonde, qui apprit que la vessie ne se vidait pas. Les injections procurèrent un notable amendement, et les bains de mer achevèrent la guérison. J'ai beaucoup d'autres cas dans lesquels l'incontinence avait ainsi débuté d'une manière insidieuse, sans que le malade eût éprouvé aucun accident propre à faire soupçonner que la vessie ne se vidait point complétement, et parfois à la suite d'événements qui n'ont pas pour effet ordinaire de donner lieu à un tel phénomène. On ne saurait trop s'empresser de recourir aux explorations directes, qui procurent des données satisfaisantes. » (Civiale, *Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires*, III[e] part., p. 268.)

Quand on a reconnu l'incontinence, qu'on s'est assuré qu'elle est consécutive à la rétention, il reste encore à rechercher la lésion qui produit la rétention; et c'est en faisant disparaître la rétention ou sa cause organique, qu'on guérit l'incontinence. Une distinction essentielle, c'est d'établir si la rétention dépend de l'affaiblissement de la puissance expultrice ou de la résistance de l'obstacle qui s'oppose naturellement à l'émission involontaire de l'urine; en d'autres termes, si cette rétention est liée à une paralysie de la vessie, ou à une lésion de son col, de la prostate ou de l'urètre. Les antécédents, le toucher et le cathétérisme lèvent cette difficulté.

La gravité de l'incontinence se règle sur l'altération morbide qui détermine la rétention, et il est impossible de rien dire de général à cet égard; et c'est là un des inconvénients de décrire un symptôme comme une maladie; mais il a bien fallu se conformer à l'usage tout en faisant voir combien il est irrationnel.

Nous ferons la même remarque à l'occasion du traitement. La première indication consiste à combattre la rétention, et d'abord à vider la vessie avec la sonde. Quant aux moyens de guérir l'altération qui produit les troubles fonctionnels, nous renvoyons aux *affections de la vessie, de la prostate et de l'urètre*.

§ II. Incontinence d'urine non consécutive à la rétention.

Cette incontinence peut dépendre de plusieurs causes diverses : 1° d'un calcul vésical engagé dans le col du réservoir urinaire ; ce calcul peut amener l'incontinence de deux manières, ou bien parce qu'il est canalisé ou seulement creusé d'une rigole qui conduit incessamment l'urine de la vessie dans l'urètre ; l'autre mode d'action de ce calcul consiste à dilater le col au point de lui faire perdre son ressort et de le rendre incapable de jouer son rôle de soupape ; 2° des instruments trop volumineux introduits dans le col vésical pour l'extraction ou le broiement de la pierre ; 3° de la distension ou la déchirure du sphincter dans l'extraction d'un calcul dans la taille périnéale ; 4° de sa contusion dans un accouchement laborieux, ou par une violence quelconque portée dans la région ; 5° des causes d'incontinence déjà signalées par J.-L. Petit : ce sont l'hypertrophie et la déformation de la prostate, ou l'altération squirrheuse du col vésical, « parce que le col étant dur et calleux, les contractions du sphincter ne peuvent le fermer assez exactement pour empêcher le passage des urines » (J.-L. Petit, *Œuvres complètes*, p. 794). 6° On a encore attribué l'incontinence d'urine à la paralysie du col de la vessie ; mais ces cas sont loin d'être aussi nets, aussi bien démontrés que les précédents, quoique depuis long-temps la plupart des auteurs les aient admis. 7° Enfin il y a des causes d'incontinence qui, au lieu d'agir sur le col, attaquent le corps du viscère : ainsi, dans la cystite, la contraction du viscère chasse sans cesse l'urine au dehors ; ce n'est là, à proprement parler, qu'une incontinence momentanée, aiguë, si l'on pouvait le dire, mais ne conçoit-on pas qu'à l'état chronique la même irritation doit amener des résultats analogues !

» On doit rapporter à l'incontinence d'urine incomplète l'écoulement involontaire d'une certaine quantité de ce liquide, produit par une cause quelconque qui comprime le corps de la vessie et en diminue la capacité. Ainsi on a vu la compression de ce viscère par la tête de l'enfant chez les femmes enceintes dont le ventre est très-bas, par une tumeur squirrheuse ou cancéreuse de la matrice, par une hydropisie de cet organe, par des squirrhes, des kystes volumineux développés dans le bassin ou dans le ventre ; on a vu, dis-je, cette compression produire le besoin continuel d'uriner et l'écoulement involontaire de l'urine. » (Boyer, *Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent*, t. IX, p. 285.)

Quelques personnes, des femmes surtout, laissent échapper l'urine dans un violent accès de rire ou sous l'influence d'une vive émotion ; il est difficile de se rendre bien compte du mécanisme de cette incontinence incomplète ou passagère.

J.-L. Petit est celui qui a encore le mieux exposé l'incontinence qui arrive à certains enfants pendant la nuit.

« On dit des enfants qu'ils pissent au lit involontairement ; j'en ai distingué trois espèces. La première est de ceux qui sont paresseux de se lever pour pisser aux premiers avertissements. La seconde espèce est de ceux qui dorment si profondément que la sensation qui précède l'envie d'uriner n'est point assez forte pour les éveiller : il n'y a, pour ainsi dire, que le col de la vessie qui sente et, qui, accoutumé d'obéir à cette sensation, s'ouvre machinalement et laisse passer les urines sans que l'âme en soit avertie. La troisième espèce est de ceux qui rêvent pisser dans un pot de chambre, contre un mur, ou tout autre lieu ; ils sentent qu'ils ont envie d'uriner, et ils pissent effectivement : ceux-là ne sont pas en grand nombre, ou du moins il ne leur arrive pas souvent de faire de pareils rêves. Quoique cette espèce de pisseurs ne soit pas nombreuse en individus, j'en ai vu quelques-uns qui pendant long-temps y ont été sujets. » (J.-L. Petit, *Maladies chirurgicales*, pag. 795.)

M. Civiale pense qu'ordinairement cette incontinence chez les enfants a lieu par regorgement. Laissons cet auteur exposer lui-même sa doctrine.

« J'ai souvent eu occasion de voir l'incontinence d'urine chez les enfants, et de me convaincre qu'on s'est étrange-

ment écarté de la ligne du vrai dans les explications qu'on a données du phénomène et dans l'énumération des causes qui y ont été assignées. Citons d'abord le fait qui m'a le plus frappé. Il y a une dizaine d'années que je reçus dans mon service des calculeux un enfant de neuf ans, affecté d'incontinence d'urine depuis sa naissance. Cet enfant était faible, peu développé et d'une pâleur extrême; une douleur sourde et permanente vers le pubis, le périnée et le sacrum avait résisté, aussi bien que l'écoulement continuel de l'urine, à tous les moyens successivement employés. Mon premier soin fut d'examiner la vessie. En palpant l'hypogastre on sentait confusément une tumeur molle. La sonde fut introduite avec douleur, car l'urètre était excessivement irritable : deux livres environ d'urine sortirent. Je reconnus en même temps l'existence d'une petite pierre. L'incontinence ne reparut que quatre heures après. C'était la première fois que le malade pouvait conserver son urine. A dater de ce moment, je le fis sonder quatre à six fois par jour : l'incontinence n'avait lieu que quand on restait plus de cinq heures sans introduire l'instrument. Au bout de huit jours, je procédai à l'application de la lithotritie, dont quatre séances suffirent pour détruire la pierre. Sous l'influence des manœuvres de l'opération, puis des injections d'eau froide, des lavements froids, des bains de siége frais et d'un régime tonique, la vessie recouvra sa contractilité. Le malade urina sans le secours de la sonde, d'abord en petite quantité et à des intervalles très-rapprochés; mais bientôt la fonction se rétablit comme dans l'état normal. Pendant les premiers jours on continua de sonder et de faire des injections; précaution qu'il ne faut pas négliger, afin que la vessie ne soit jamais surdistendue. Finalement le petit malade fut guéri en six semaines de sa pierre et de son incontinence.

» Ce fait m'en rappelle plusieurs autres dans lesquels j'avais observé un gros ventre à des enfants affectés d'incontinence d'urine, mais sans pousser plus loin mes recherches. L'occasion ne tarda pas à s'offrir d'examiner avec soin d'autres enfants frappés de la même infirmité sans pierre. Comme chez les calculeux dont je viens de parler, l'urètre était fort irritable et la vessie pleine d'urine. J'employai les mêmes moyens, moins les manœuvres de la lithotritie, et le résultat dépassa mes espérances. J'en fus d'autant plus surpris que j'avais adopté d'abord les opinions généralement admises. Rappelons en peu de mots ces opinions.

» Desault attribuait l'incontinence d'urine chez les enfants à une augmentation de la force expulsive de la vessie, jointe à un affaiblissement de la résistance du col. La plupart de ceux qui ont écrit depuis ont reproduit cette manière de voir, sauf quelques variantes. Ils ont dit, avec leur célèbre prédécesseur, que l'incontinence a lieu à cet âge parce que la contraction de la poche urinaire est si vive et si prompte que l'urine s'échappe avant que les enfants soient prévenus du besoin de l'expulsion et sans qu'ils puissent s'opposer à sa sortie. On a parlé aussi de la petitesse de la vessie chez les enfants comme d'une cause prédominante, ce qui n'est qu'une supposition gratuite, car j'ai souvent trouvé la vessie d'enfants qui pissaient au lit fort grande et dans un état permanent de distension. Comme c'est particulièrement la nuit que l'incontinence a lieu, on a pensé qu'elle dépendait de la force du sommeil. Sans nier d'une manière absolue cette influence, je ne crains pas d'affirmer qu'elle a été fort exagérée, puisqu'on en voit pisser au lit qui ont le sommeil court et léger, et d'autres qu'on a soin de réveiller plusieurs fois à des heures déterminées. Nous avons déjà vu que les personnes dont la vessie est grande, faible et inhabile à se débarrasser de son contenu urinent avec plus de peine la nuit que le jour. A l'action du sommeil se joignent la chaleur et la position horizontale. Quelle que soit, au reste, la cause qui exerce le plus d'empire, toujours est-il que la vessie entre plus difficilement en contraction pendant la nuit, qu'elle se laisse distendre par l'urine, et que c'est seulement lorsque cette distension occasionne une sorte de douleur qu'on se réveille pour uriner; mais alors l'urine coule lentement, après une suite d'efforts et

une attente de quelques minutes. Il n'y a qu'un pas de là à l'incontinence : qu'on eût résisté plus long-temps au besoin, et le liquide eût commencé à couler involontairement. Je viens de dire que, chez les enfants, la sensation produite par le besoin d'uriner paraît être très-confuse, si même elle existe : dans les premiers temps de la vie l'enfant n'a pas la liberté de ses mouvements; s'il pleure ou crie, on n'en tient pas de compte, parce qu'on en ignore le motif; aussi l'urine coule-t-elle pendant la veille comme pendant le sommeil, et, à la longue, établit une habitude qui, plus tard, constitue une infirmité. On est si accoutumé à trouver les enfants mouillés quand on les retire de leur couche, que le médecin n'est jamais consulté à ce sujet. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, IIIe part., p. 292.)

Il y a encore une autre espèce d'incontinence particulière. Si des enfants l'éprouvent pendant leur sommeil, il y a des femmes qui y sont sujettes pendant tout le temps de leurs règles.

L'incontinence est tantôt continue, tantôt temporaire et à retour plus ou moins éloigné. Quand elle a lieu par regorgement, par dilatation mécanique du col, etc., elle est presque toujours continue; résulte-t-elle au contraire d'une faiblesse du col, elle est tantôt continue, tantôt temporaire.

L'incontinence d'urine, symptôme de plusieurs lésions extrêmement diverses, a une gravité qui varie comme la cause organique qui lui donne naissance, et nous ne pouvons pas répéter ici le pronostic de la paralysie vésicale, de l'hypertrophie prostatique, des rétrécissements urétraux, etc.

Tout ce que nous pouvons dire, c'est que l'incontinence essentielle, assez commune chez les enfants, très-rare chez l'adulte, et grave, presque incurable chez le dernier, est en général légère chez les femmes. Presque toujours elle guérit d'elle-même, vers l'âge de cinq à six ans. Cependant il y a des cas très-rebelles et dont l'opiniâtreté fait le désespoir des familles.

Obs. 1re. « J'ai donné des soins à une jeune personne, de constitution faible, qui avait pissé au lit jusqu'à l'âge de 14 ans, après lequel elle était parvenue à retenir l'urine, au moins pendant quelques heures. A dix-huit ans, cette demoiselle éprouva de nouveaux troubles fonctionnels de la vessie, accompagnés d'écoulement involontaire durant la nuit. Dans la journée les besoins étaient extrêmement rapprochés, et la personne avait hâte d'y satisfaire, bien qu'elle éprouvât d'assez vives douleurs à chaque émission; car, lorsqu'elle essayait d'y résister, il survenait des douleurs violentes aux parties génitales externes, s'étendant au sacrum et aux lombes, avec efforts expulsifs, qui entraînaient des gouttes d'urine sanguinolentes, et même du sang pur. Ce pénible état d'angoisse durait quelquefois plusieurs heures de suite. La menstruation, après s'être établie régulièrement, avait fini par se déranger; la malade était pâle, faible, amaigrie, découragée par l'insuccès des nombreux traitements qu'elle avait essayés avant de me consulter. Je ne reconnus chez elle ni vice de conformation, ni lésions organiques propres à rendre raison des effets observés. La vessie avait sa capacité normale, et possédait un degré suffisant de contraction; mais son col et l'urètre étaient fort irritables. Après avoir fait usage pendant plus d'un mois des bougies molles introduites tous les jours et chaque fois laissées en place pendant cinq minutes, j'eus recours à la cautérisation transcurrente. Le résultat fut d'abord peu marqué; mais la quatrième application, qui amena une crise violente et prolongée, détermina un changement notable. Pour la première fois, la malade put rester plusieurs jours sans souffrance. Le traitement par les bougies avait, de son côté, éloigné les besoins d'uriner pendant la journée. Cette amélioration augmenta encore après la quatrième cautérisation, et l'écoulement présenta aussi des interruptions durant la nuit. Deux autres applications rendirent le mieux plus sensible. Quoique les besoins soient encore plus rapprochés qu'ils ne devraient l'être, tout porte à espérer qu'avec de la persévérance on obtiendra une gué-

rison complète. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 3e part., p. 288.)

Le traitement de l'incontinence d'urine est de sa nature éminemment variable. S'agit-il d'une incontinence par regorgement, il est évident qu'on devra d'abord combattre la rétention, et que l'incontinence qui en est la cause disparaîtra souvent avec elle. Si le col vésical avait perdu de son ressort, on emploierait les moyens que nous indiquerons pour l'incontinence essentielle. Quant à ceux qui s'adressent à la rétention, nous ne pouvons pas les répéter ici, et cela d'autant moins que l'article où ils sont exposés précède presque immédiatement celui-ci.

L'incontinence qui dépend de l'affaiblissement du sphincter, soit après la taille périnéale, soit après la dilatation excessive par un calcul ou un instrument trop volumineux, est difficile, quelquefois impossible à guérir. Cependant le temps, aidé de quelques excitants, tels que les bains et les douches d'eau froide, et surtout les irrigations froides faites dans la vessie avec une sonde à double courant, peut finir par en triompher. Un vésicatoire à l'hypogastre ou au périnée est aussi, dans certains cas, suivi de bons effets.

L'incontinence d'urine chez les enfants se traite par des moyens moraux; pour forcer ces petits êtres à se surveiller la nuit, on leur fait honte de ce défaut devant leurs camarades: ce qui exerce toujours une grande influence sur leur esprit; ils y sont en général plus sensibles qu'aux menaces et même qu'aux châtiments. Quant à leur serrer la verge par un instrument que Boyer appelle *instrument à crémaillère*, et J.-L. Petit dit se nommer *sphincter*, il est complétement tombé en désuétude, presque en oubli, et c'est heureux, car il exposait au même accident qu'un moyen plus simple improvisé par le sujet de l'observation suivante :

Obs. 2. « J'ai vu un jeune homme de neuf ans, qui, quoique occupé de ses études, et chagrin de son indisposition, ne pouvait passer une nuit sans pisser au lit. Après avoir fait tout ce que l'on avait pu, il s'avisa de se lier la verge avec une ficelle; il ne pissa pas au lit cette nuit là : cependant la douleur l'éveilla; mais, n'osant se plaindre, il laissa cette ligature jusqu'au soir, qu'il fut forcé de se déclarer. On eut recours à moi. Je trouvai que la moitié de la verge, au-dessous du lien, était tombée en gangrène; je coupai ce lien : les urines eurent d'abord quelque peine à sortir, mais il en coula trois chopines; et ce n'était pas tout, car la vessie ayant perdu son ressort n'avait pu se rapprocher assez pour évacuer le reste. Après avoir fait deux incisions assez profondes et parallèles, j'en fis une troisième pour fendre le prépuce; car ce jeune homme avait le phimosis de naissance : je le pansai convenablement, laissant à l'appareil un passage pour les urines; la suppuration s'établit, quelques lambeaux de peau se séparèrent, toute la plaie devint belle, il fut guéri en vingt jours; et ce qu'il y a de particulier c'est que, dès le premier, il cessa de pisser au lit, et il n'y a pas pissé depuis. » (J.-L. Petit, *Maladies chirurgicales*, p. 796.)

Il y a de ces cas d'incontinence essentielle tellement rebelles qu'on a été jusqu'à injecter de la teinture de cantharides dans la vessie, et avec de la persévérance on a réussi quelquefois. M. Morel-Lavallée, dans son intéressant travail sur le *vésicatoire dans la vessie*, ou la *cystite cantharidienne*, propose avec raison, avant d'en venir à essayer l'action directe des cantharides sur le réservoir urinaire, de les administrer par la méthode endermique, à l'aide d'un vésicatoire au périnée ou à l'hypogastre. Outre la chance de faire arriver le principe actif des cantharides dans la vessie, par la voie de l'absorption, M. Morel-Lavallée trouve à ce topique, placé dans le voisinage de la vessie, l'avantage de pouvoir, par l'irritation qu'il fait naître, exciter le col du viscère, en réveiller les contractions, ou mieux, comme il le dit, lui redonner son ressort.

Si ce moyen, par lequel nous conseillons de commencer, venait à échouer; si les irrigations d'eau froide avaient le même sort, on pourrait, à une injection de ce liquide, ajouter de la teinture de cantharides; mais on commencera par

n'en mettre que quatre à cinq gouttes dans cent grammes d'eau, et ce ne sera que graduellement qu'on en élèvera, s'il le faut, la dose jusqu'à une cuillerée à café par injection. Si la vessie se fatigue ou s'irrite, on en suspendra l'usage pour y revenir plus tard. C'est un moyen qui compte des succès, mais qui demande à être manié avec une grande prudence; car il a été quelquefois suivi d'accidents graves, d'une cystite avec retentissement vers les reins, etc., accidents qu'on a été obligé de combattre par des antiphlogistiques énergiques.

Quand toutes les tentatives dirigées contre l'incontinence d'urine ont échoué, on doit s'appliquer à diminuer les inconvénients de cette dégoûtante infirmité, à la pallier, comme on dit dans le langage médical.

Chez l'homme on y réussit encore assez facilement, dans les cas ordinaires, à l'aide d'urinaux en cuir bouilli, en gomme élastique, en verre, et recouverts, surtout ceux de cette dernière substance, d'une garniture de toile ou de laine. Mais, si la verge est courte ou pour ainsi dire absorbée dans une tumeur scrotale, herniaire ou autre, on peut se trouver dans un très-grand embarras. Cependant il ne faut pas se rebuter, souvent on réussit dans ces cas difficiles avec de petits appareils plus ou moins bizarrement disposés, et dont la variété qu'on a sous les yeux fait naître l'idée. Les malades eux-mêmes viennent au secours du chirurgien en imaginant des procédés qui atteignent parfaitement le but. L'un d'eux adaptait à l'extrémité de la verge une petite éponge renfermée dans une bourse imperméable et s'en trouvait bien. Chez la femme la difficulté est plus grande encore, l'appareil qui remplit mieux l'indication consiste dans un urinal adapté à l'orifice de l'urètre. On ne saurait guère penser, avec Boyer, à l'application d'une pelote qui viendrait appuyer sur la face vaginale de l'urètre et qui serait montée sur un ressort fixé lui-même à une ceinture métallique. Cette espèce de brayer serait exposée à comprimer trop peu pour arrêter l'urine, ou à comprimer assez pour déterminer une eschare ou au moins d'insupportables douleurs.

ARTICLE XII.

Polypes de l'urètre.

Les anciens ne nous ont rien laissé sur les polypes de l'urètre, et paraissent ainsi les avoir entièrement ignorés. Chaussier et Wardrop sont les premiers qui en aient parlé; M. Gerdy en dit un mot dans son ouvrage sur les polypes. Dans un article publié dans le *Journal hebdomadaire*, en 1836, M. le professeur Velpeau donna à la question toute son importance, et, joignant ses faits à ceux de ses devanciers, il est en réalité le premier qui ait décrit la maladie que Boyer n'avait qu'imparfaitement esquissée. M. Schutzenberger, de Strasbourg, a repris le sujet en y ajoutant de nouvelles observations; enfin M. le docteur Amédée Forget a résumé l'état de la science sur ce point dans un travail inséré dans le *Bulletin thérapeutique*, 1844, t. XXVI.

Mettant à profit toutes ces recherches, nous allons essayer de présenter une description complète des polypes de l'urètre.

Les causes de cette affection sont tout à fait inconnues, les observateurs ne paraissent pas même s'en être occupés; ils ne font connaître ni le tempérament, ni les antécédents, ni quelquefois même l'âge des malades: en sorte que non-seulement l'étiologie est très-obscure, mais les faits jusqu'ici recueillis ne renferment aucun élément pour l'élucider.

Tout ce que nous savons, c'est que les polypes de l'urètre sont incomparablement plus fréquents chez la femme que chez l'homme, à tel point que bon nombre d'auteurs n'en traitent que chez les femmes. Cependant, pour être rare, l'existence des polypes de l'urètre chez l'homme n'en est pas moins incontestable. Il y a déjà long-temps que M. Velpeau a écrit ce qui suit :

« L'homme peut également être disposé à ce genre de polypes. J'en possède deux exemples : dans l'un les excroissances, au nombre de trois, égalaient à peine le volume d'un grain d'orge. Chez le second malade, jeune Anglais que me

fit voir M. Beaumont, il y en avait auss plusieurs, et elles étaient encore plus petites. Leur insertion avait également lieu derrière le méat urinaire. Aucune d'elles n'a reparu après avoir été broyée ou excisée. » (Velpeau, *Méd. op.*. 2e édit., t. IV, p. 725.)

M. Amussat en a trouvé jusque dans la portion membraneuse, et M. Velpeau pense que telle était la nature de la tumeur pisiforme insérée dans la fosse naviculaire, que M. Thiaudière prit pour un cancer. (*Bulletin thérapeut.,* t. VII, p. 240). Cette petite tumeur céda à une seconde excision, aidée de la cautérisation, et ne se remontra pas ; ce qui plaide en faveur de l'opinion de M. Velpeau.

Nous verrons plus loin que M. le docteur Mercier a trouvé un nombre considérable de ces végétations dans l'urètre d'un vieillard de Bicêtre.

Quant à l'âge où se montre de préférence cette affection, on ne peut guère essayer de le fixer que chez les femmes, où elle a été presque uniquement étudiée.

En nous en tenant, sous ce rapport, aux faits que nous mettons sous les yeux du lecteur et à ceux que nous avons observés, notamment dans le service de M. Jobert de Lamballe, nous croyons pouvoir établir que cette production se rencontre principalement de dix à trente ans, c'est-à-dire à peu près dans la limite de l'activité des organes génitaux. Y a-t-il quelque liaison entre le développement de la maladie et l'afflux du sang que détermine cette fonction dans la région de l'urètre ? Si cette opinion n'est pas prouvée, elle est au moins très-probable.

Caractères anatomiques des polypes de l'urètre. « La lésion de l'urètre consiste dans le développement à la surface de la membrane muqueuse d'une végétation de consistance charnue, d'un rouge vif, quelquefois grisâtre, très-vasculaire, facilement saignante, à surface ordinairement lisse; et se continuant avec la membrane muqueuse elle-même par une insertion tantôt large, tantôt étroite, et alors péduculée. Quant à son siége, il n'est pas toujours le même : le plus souvent le polype occupe la paroi inférieure de l'urètre; mais il peut se rencontrer sur la paroi supérieure, on l'a vu aussi placé sur les parois latérales. Ordinairement il est assez rapproché du méat urinaire, à travers lequel même il s'engage dans une portion de son étendue, de manière à la boucher ou à constituer une sorte de prolapsus de la membrane muqueuse, avec laquelle on l'a quelquefois et à tort confondu. » (Forget, *loco cit.*, p. 432.)

Ordinairement, à l'orifice de l'urètre, la petite tumeur se cache quelquefois plus profondément ; dans un cas observé par le docteur Espezel, la tumeur était éloignée d'un pouce du méat urinaire. Si son volume ne dépasse pas, en général, celui d'un pois ou d'une cerise, on l'a vue approcher de celui d'un œuf (Velpeau). Quelquefois le polype, au lieu d'être arrondi, est allongé comme chez une femme observée par le professeur que nous venons de citer ; d'autres fois il est plus ou moins aplati, surtout lorsqu'il y en a deux qui se compriment réciproquement.

Voici un fait qui démontre ces deux propositions, à savoir que le polype de l'urètre, chez la femme, ordinairement solitaire, peut être multiple, et qu'il peut ainsi prendre la forme aplatie.

Obs. 1re. « Barbe Hœnsler est âgée de vingt-trois ans, et porte une tumeur urétrale dont elle ne peut indiquer l'origine; seulement elle affirme que sa mère s'est aperçue de son existence déjà avant l'époque de la puberté. La tumeur et la paroi inférieure de l'urètre font saillie de près de deux centimètres à l'extérieur, si bien que l'orifice vaginal est en partie caché par cette saillie. Allongée, aplatie, adhérente par une base assez large, la tumeur est libre, arrondie et plus volumineuse en bas; elle est lobulée, un des lobules est plus dur que le tissu même de la tumeur principale. Profondément, de la paroi supérieure de l'urètre, se détache une seconde tumeur, également aplatie; elle est libre et flottante dans l'étendue de près d'un centimètre, sa largeur est de cinquante à soixante millimètres. Ces tumeurs saignent facile-

ment; l'orifice du canal est toujours largement dilaté, le doigt indicateur y pénètre sans peine et arrive facilement à la vessie. — Le canal urétral est évidemment raccourci. La malade retient bien ses urines, leur excrétion n'est pas douloureuse, mais la tumeur, lors du coït, est parfois très-douloureuse et saigne facilement. — Cette malade fut opérée par excision; la tumeur ne s'est pas reproduite.» (Schutzenberger, *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*, t. XXVI, p. 432.)

Symptômes des polypes de l'urètre. Chez l'homme, ces productions semblent, d'après les faits incomplets qui ont été publiés, à peu près indolentes, ainsi que dans le cas suivant, où rien n'indique qu'elles aient occasionné la moindre souffrance, et dont rien n'avait donné connaissance avant l'autopsie.

Obs. 2. *Végétations nombreuses dans l'urètre.*

« J'eus occasion d'ouvrir, en 1835, avec mon ex-collègue, le docteur Florimond, actuellement médecin à Calais, le corps d'un vieillard qui, trois ans avant sa mort, avait été affecté pendant un mois d'une rétention d'urine. Dix mois après, nouvelle rétention d'urine dont il fut guéri à l'Hôtel-Dieu. Enfin, troisième rétention qui le fit entrer à la salle de chirurgie de l'hospice de Bicêtre. On lui mit une sonde à demeure pendant quelques jours; le cours des urines redevint libre, mais bientôt une attaque d'apoplexie amena la mort. Nous ne pûmes savoir si cet homme avait eu des maladies vénériennes.

» Dans toute l'étendue de l'urètre, depuis la fosse naviculaire jusqu'à la portion prostatique exclusivement, nous avons trouvé, semées à égales distances à peu près, douze ou treize petites excroissances ayant presque la couleur des bourgeons charnus qui s'élèvent à la surface d'une plaie. Leur circonférence est très-régulière, leur sommet découpé, fendillé, comme granuleux, et les granulations sont elles-mêmes hérissées de petites houppes de la même substance: elles sont molles, demi-transparentes et comme composées de plus de liquides que de solides; elles semblent dénuées de membrane protectrice. Presque toutes occupent la paroi inférieure du canal et quelques-unes les côtés; il n'en existe qu'une seule sur la paroi supérieure, c'est à l'origine de la portion membraneuse. Il y en a qui sont plus longues que larges et dont le volume pourrait égaler celui d'un grain d'orge, quelques-unes même approchent du double; d'autres sont arrondies comme une lentille, comme un pois; presque toutes ne tiennent que par un pédicule très-fin et se détachent facilement. Dans leurs intervalles, la muqueuse est pâle et tout à fait naturelle; seulement elle présente çà et là de très-petits points ayant l'aspect et la couleur des végétations dont ils sont certainement le premier degré. Autour d'eux, il il n'y a pas la moindre inflammation : on dirait de petites perles rayées qui auraient été jetées sur la muqueuse.

» La prostate est assez volumineuse, la valvule pylorique est plus prononcée qu'à l'état normal, et des saillies linéaires assez marquées divergent du verumontanum vers le col.

» La muqueuse de la vessie offre un grand nombre d'ulcérations qui ont au plus un demi-millimètre de diamètre et sont extrêmement superficielles. Cellules peu nombreuses et peu profondes. » (Mercier, *Recherches sur les maladies des organes urinaires et génitaux, considérées spécialement chez les hommes âgés*, page 121.)

Sont-ce des cas de cette nature qui avaient fait confondre par les anciens les carnosités de l'urètre avec les rétrécissements?

Quoi qu'il en soit, nous ne connaissons aucun fait où cette affection ait été douloureuse chez l'homme.

Dans certains cas il en est ainsi chez la femme, et ce n'est qu'en faisant dans un autre but l'examen de la région qu'on vient à découvrir le polype; mais, dans l'immense majorité des cas, il est douloureux, non spontanément, mais par le contact des urines pendant la miction, ou par le moindre froissement, pendant la marche, par exemple, quand il fait saillie au dehors.

Obs. 3. « Une petite fille de dix ans, d'une bonne constitution, souffrait beaucoup en urinant. Elle fut envoyée à l'hôpital

des Enfants malades au mois de juillet 1832. A l'examen des parties génitales, nous reconnûmes une fongosité rougeâtre étalée en entonnoir, de telle sorte que l'entrée du vagin était complétement fermée ; mais un stylet conduit autour des bords de cette fongosité permit de la soulager. On reconnut au-dessous l'entrée du vagin, *encore fermée par l'hymen.* Quant à la fongosité, elle avait son origine au pourtour de l'urètre. Les moindres attouchements éveillaient de vives douleurs. La petite malade était obligée de marcher les jambes écartées.

» Après lui avoir fait prendre quelques bains, la fongosité fut excisée, et, dès le lendemain, l'émission de l'urine eut lieu sans douleur. Plusieurs mois après, la fongosité n'avait point reparu. » (Rufz, *Gazette médicale*, 1834, p. 791.)

Ce polype, inséré à l'orifice externe de l'urètre, appartient à la maladie que nous étudions, non-seulement par le siége qu'il occupait, mais encore par les symptômes qu'il occasionnait.

Les polypes de l'urètre peuvent, comme on le conçoit, gêner mécaniquement l'excrétion urinaire, et l'observation suivante en est la preuve.

Obs. 4. « Le 2 mai 1834, une jeune fille de quinze ans, Jenny P..., fut admise à l'hôpital de la Charité, et placée au lit n° 1 de la salle Sainte-Catherine. Cette jeune personne, jouissant d'une bonne santé d'ailleurs, depuis vingt jours environ ne pouvait uriner qu'avec efforts et non sans de vives souffrances. En examinant on voyait au-devant de l'orifice externe de l'urètre, qui était masqué, surtout en bas, une tumeur arrondie, d'un rouge vif, de six à huit lignes de diamètre environ. Douée d'une sensibilité exagérée, elle s'implantait par un pédicule sur la paroi inférieure de l'urètre. Le 7 mai, M. Roux, au moyen d'un bistouri boutonné, en fit l'excision. Quelques gouttes de sang suintèrent à peine de la petite plaie. La malade eut pendant quelques jours une blennorrhagie légère et circonscrite aux environs du pédicule excisé. Dix jours après l'excision elle était complétement guérie. La tumeur examinée parut composée d'une membrane muqueuse et d'un peu de tissu cellulaire sous-jacent. » (*Gazette médicale,* l. cit., p. 791.)

Mais l'altération que les polypes de l'urètre impriment à cette fonction consiste le plus souvent dans la fréquence des envies d'uriner, dans la douleur qui accompagne cet acte, et dans l'état sanguinolent des urines. Ces trois symptômes peuvent exister séparément ou coexister comme dans l'observation suivante.

Obs. 5. « Une jeune femme de vingt-deux ans, incommodée d'un besoin fréquent d'uriner et de douleurs vives dans l'émission des urines, qui contenaient un peu de sang, portait, à un pouce de profondeur dans le canal de l'urètre, un corps mollasse, spongieux, que M. Espezel reconnut avec la sonde : celle-ci se trouvant arrêtée dans le point indiqué, après quelques tentatives nouvelles, la sonde se fit place et parvint dans la vessie. Il s'écoula plus d'une once de sang très-vermeil. Convaincu que l'ablation du corps spongieux ferait immédiatement cesser les accidents, M. Espezel pratiqua l'opération suivante : il introduisit dans le canal un petit spéculum assez semblable à celui de l'oreille, et put ainsi s'assurer qu'il avait affaire à un véritable polype, fongueux, non pédiculé, occupant la paroi supérieure de l'urètre, très-près du col de la vessie. Des ciseaux extrêmement pointus et longs, rasant la paroi sur laquelle il était implanté, l'extirpèrent en totalité.

» L'hémorrhagie fut abondante; des injections d'eau froide la firent peu à peu cesser, et il fut possible à l'opérateur de porter sur la surface de la plaie un crayon de nitrate d'argent fixé à angle droit, au bout d'une longue tige. Cinq cautérisations, à divers jours d'intervalle, rendirent au canal son intégrité et son calibre. Bien plus, le canal, par suite de l'introduction réitérée des sondes et du spéculum, avait augmenté de calibre, en sorte que les urines coulèrent avec facilité et sans douleur. » (*Bulletin thérapeutique*, 1843, t. xxv, p. 476.)

La sanguinolence des urines, liée à la nature de la tumeur, est indépendante des deux autres symptômes; mais ceux-ci, la fréquence et la douleur de la mic-

tion, dérivant tous deux de l'irritation qui s'est propagée à la vessie, devront souvent, sinon toujours, se trouver réunis.

Ces tumeurs sont en général facilement saignantes. Elles peuvent occasionner des pesanteurs dans la région et des douleurs qui rayonnent dans le bassin et le long des cuisses.

Diagnostic des polypes de l'urètre. Si l'on se bornait à l'observation des symptômes ou à un examen superficiel, on pourrait prendre une végétation de l'hymen pour un polype de l'urètre; les symptômes ont beaucoup d'analogie.

Obs. 6. « Une demoiselle, âgée de plus de trente ans, éprouvait des douleurs vives et continuelles dans la vulve, les reins, les cuisses et la région sous-pubienne. Elle avait été saignée à Tours deux ans auparavant pour cette affection, qu'un médecin crut devoir attribuer à un calcul dans la vessie. La sonde portée dans cet organe n'y démontra la présence d'aucun corps étranger. M. Guénier employa inutilement les cataplasmes, les demi-bains, la pommade de belladone, etc. La malade refusant de se laisser explorer l'intérieur de la vulve, il ne fut plus question de traitement pendant deux ans et demi. Il y a cinq mois cependant, la malade, amaigrie, exténuée, vaincue par la souffrance et l'insomnie, et ne pouvant presque plus marcher, se soumit enfin à l'exploration. Un polype, semblable à celui de la jeune fille citée plus haut, se présenta; il offrait cette différence seulement qu'il était un peu plus consistant, formé de deux lentilles charnues, réunies par une membrane muqueuse, lâche et très-vasculaire. Au reste, mêmes dimensions, même couleur et même sensibilité. De plus, il paraissait implanté comme l'autre sur la surface interne de l'hymen, dont l'ouverture le laissait descendre dans la fosse naviculaire. Son extirpation, opérée par torsion, fut effectuée séance tenante. Le lendemain il n'était plus question de douleurs; le sommeil, l'appétit, l'embonpoint ont reparu et la guérison a eu lieu. Depuis trois ans que cette opération a été pratiquée, la guérison ne s'est point démentie. » (*Gaz. méd.* t. vi, p. 152, année 1838.)

M. Rufz fut prié, par les parents, d'examiner une petite fille de huit à dix ans, de constater qu'elle avait été violée, et certifier la chose par écrit. On lui donna en même temps à voir le certificat d'un médecin qui l'affirmait. M. Rufz reconnut une fongosité semblable à celle de l'observation précédente, qui avait saigné récemment, il rassura les parents sur la virginité de leur enfant, et il n'en entendit plus parler. Cette petite fille avait été vue répandant des pleurs au moment où elle sortait d'un bateau à charbon. Les parents voulant en savoir la cause, elle indiqua la partie inférieure du tronc, où elle souffrait. Aussitôt de regarder, et bientôt on n'a hâte que d'amasser des certificats pour entamer une procédure criminelle. Le *coupable* n'était qu'un morceau de bois contre lequel probablement la petite fille s'était heurtée.

S'il faut examiner pour éviter l'erreur, il faut dire que le plus simple examen la rend impossible : en entr'ouvrant la vulve on reconnait de suite la végétation et le siége qu'elle occupe.

Le même moyen mettra également à l'abri de l'erreur qui consisterait à rapporter à une lésion de l'utérus ou de son col les symptômes des polypes de l'urètre, à moins que la végétation ne reste cachée dans le canal. M. Rufz a recueilli l'observation d'un cas de ce genre qui, pendant dix-neuf mois, causa de vives douleurs à la femme qui le présentait. La tumeur fut méconnue tout le temps qu'elle ne fit point saillie au dehors. Tous les moyens anodins employés pour soulager la malade furent inutiles. L'excision seule, en enlevant la tumeur, la rendit à la santé.

Le *pronostic des polypes de l'urètre* n'est pas grave, parce que, bien traitée, la maladie guérit facilement, ainsi que nous l'avons déjà vu dans les observations précédentes.

Le *traitement des polypes de l'urètre* consiste dans l'excision suivie de la cautérisation de la plaie. Cette dernière opération a d'abord pour but de prévenir l'hémorrhagie, d'autant plus grave qu'elle

se dissimule quelquefois, par le reflux du sang dans la vessie, ainsi que le démontre l'observation suivante :

Obs. 7. « En 1837, j'assistai M. Lisfranc dans une opération semblable : il excisa un polype de l'urètre, du volume d'une petite noisette, situé à deux centimètres environ du méat urinaire. L'excision fut en apparence suivie de l'écoulement d'une très-petite quantité de sang. Une heure après on vint me chercher en toute hâte, me disant que notre opérée se mourait. A mon arrivée chez elle, je la trouvai pâle, immobile, le pouls faible; je découvre la malade, dans la pensée qu'une hémorrhagie était seule capable d'avoir produit des accidents de cette nature. Il n'y avait aucune trace de sang dans le lit. L'hémorrhagie avait cependant eu lieu, mais à l'intérieur de l'urètre. Versé à la surface de ce conduit, le sang avait reflué dans la vessie, qui était considérablement développée. La malade accusait un besoin très-vif d'uriner. Après avoir débarrassé la vessie des caillots sanguins qu'elle renfermait, il me suffit, pour arrêter l'hémorrhagie, d'appliquer sous l'arcade du pubis deux doigts, et de comprimer pendant quelque temps. Pour éviter cette hémorrhagie, je suis d'avis que l'on doit poser en principe général la cautérisation du pédicule du polype,qui aura de plus l'avantage de détruire ce qui aurait pu échapper à l'instrument tranchant, et d'éviter de la sorte la récidive. La cautérisation, dans certains cas, est donc un auxiliaire puissant de l'incision. » (Forget, *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*, t. XXVI, p. 435, 1844.)

La cautérisation a un autre avantage: c'est de détruire les racines du polype qui auraient pu échapper à une excision trop superficielle ; et même le parti le plus sage, c'est de toucher la plaie avec un bouton de feu. Le nitrate d'argent est trop souvent insuffisant pour prévenir la récidive.

Obs. 8. « Une femme, âgée de vingt ans, mariée, souffrait depuis long-temps de vives douleurs en urinant, douleurs qui devenaient une véritable torture lorsqu'elle se tenait long-temps debout ou qu'elle marchait. Le coït réveillait également des souffrances intolérables. En examinant les parties génitales, M. Ducamin aperçut tout d'abord une excroissance, rouge comme une fraise, qui sortait de l'urètre. Le plus léger contact exercé sur elle faisait horriblement souffrir la malade.

» Le point important pour détruire cette végétation en totalité était de connaître le lieu de son implantation. Mais son exquise sensibilité força de recourir pour cela à un moyen particulier. Le chirurgien ayant conduit dans l'urètre un fil d'or courbé en anse, le plaça autour de la tumeur ; puis il engagea les extrémités dans une canule à polype. En faisant ensuite avancer celle-ci, la base du polype se trouva embrassée et serrée. Ce procédé, en même temps qu'il suspendit la vie de la tumeur, permit de constater qu'elle naissait de la paroi postérieure ou vaginale de l'urètre, à deux lignes environ de profondeur. Au bout d'une demi-heure la fongosité tomba, et on cautérisa la plaie avec le nitrate d'argent. La malade se trouva immédiatement délivrée de ses souffrances.

» Cependant six semaines après cette opération, le mal était revenu au même point. M. Ducamin emporta de nouveau la tumeur d'un coup de ciseaux courbes et cautérisa la base plus fortement que la première fois.

» La récidive ayant encore eu lieu malgré cette précaution, il fit de nouveau suivre la rescision d'une cautérisation mais faite avec un bouton de fer, de petit volume, rougi à blanc. Cette fois la maladie céda définitivement. » (Ducamin, *Gaz. méd.*, décemb. 1843, p. 774, t. XI.)

Il est cependant des cas où le nitrate d'argent mérite la préférence sur le fer rouge pour la cautérisation de la petite plaie résultant de l'excision du polype, c'est lorsque la végétation est située à une certaine profondeur dans l'urètre... Le point d'implantation, dès que la traction opérée par le chirurgien ou par le poids de la tumeur elle-même cesse à la paroi du canal tend à reprendre sa position en se rétractant. Alors il serait imprudent ou

malaisé d'aller porter sur la racine du polype un bouton de feu, tandis que l'on se sert très-bien du nitrate d'argent à l'aide de la sonde à cautériser. Et cette cautérisation, la seule d'un emploi facile, peut être suivie d'un plein succès, comme dans le cas suivant que nous empruntons à M. Velpeau.

Obs. 9. « Une jeune fille, de seize ans et demi, d'une bonne constitution, quoique encore mal réglée, était entrée dans le service pour une affection syphilitique, consistant en un écoulement blennorrhagique, et en de nombreuses végétations répandues sur toute la surface interne des grandes et des petites lèvres et sur l'entrée du vagin. Cette maladie s'amenda bientôt sous l'influence d'un traitement convenable. Mais un jour, en la cautérisant, on s'aperçut que l'orifice de l'urètre était comme bouché par une petite tumeur fongueuse du volume d'une petite noisette, d'un gris rouge, humide, insensible, ou faisant éprouver tout au plus un léger prurit, et ne gênant pas l'émission des urines. En l'étudiant avec plus de soin, on vit que la partie qui se présentait était la plus volumineuse, et qu'elle se prolongeait dans l'urètre, sous la forme d'un pédicule qui s'implantait à une certaine distance du méat urinaire, sur le côté inférieur et à gauche du canal.

» Chez notre malade une cautérisation, au moyen du nitrate d'argent, ne produisit aucun effet, et on préféra guérir la maladie par l'excision suivie de la cautérisation. La tumeur fut attirée au dehors au moyen d'une érigne, et le pédicule fut coupé en partie avec un petit couteau courbe sur le plat et arrondi à son extrémité, en partie avec des ciseaux (ce dernier instrument seul peut suffire dans le plus grand nombre de cas). Il se fit un écoulement de sang considérable eu égard au peu d'étendue de la plaie, mais il s'arrêta bientôt. La malade, pendant quelques jours, éprouva de la douleur en urinant, et rendit un peu de sang. Quatre jours après l'opération, on voulut la cautériser avec une sonde porte-caustique, qui eut d'abord de la peine à entrer, il semblait que l'urètre n'était plus qu'un cul-de-sac; cependant, en inclinant assez fortement l'instrument du côté droit, on parvint à passer, et on sentit que l'obstacle tenait à ce que le pédicule du polype implanté sur le côté gauche de l'urètre, n'avait pas été enlevé entièrement, et s'était boursouflé ; on cautérisa vivement dans ce point ; quelques jours après, une nouvelle cautérisation fut faite, et la sonde ne rencontra plus d'obstacle. Enfin, peu de temps après, la malade est sortie, parfaitement guérie de ce polype. » (*Journal hebdomadaire de médecine*, 1836, t. II.)

Sans nul doute, dans un cas analogue, il faudrait régler sa conduite sur celle du chirurgien de la Charité.

ARTICLE XIII.

Rétrécissements de l'urètre chez la femme.

Bien qu'à l'occasion des rétrécissements de l'urètre chez l'homme nous ayons dû dire quelques mots de la même affection chez la femme, pour faire ressortir les analogies et les différences qu'elle présente dans les deux sexes, l'importance du sujet nous fait un devoir d'étudier ici à part les rétrécissements de l'urètre chez la femme. Nous aurons ainsi comblé une lacune qui se fait sentir dans les meilleurs traités spéciaux, même les plus récents.

On pourrait diviser les rétrécissements de l'urètre chez la femme, comme chez l'homme, en spasmodique, inflammatoire et organique; mais, comme les deux premiers rentrent l'un dans l'autre, il ne sera question ici que du rétrécissement spasmodique et du rétrécissement organique, d'autant plus que nous n'avons pas trouvé de faits où la forme inflammatoire soit assez franchement accusée.

a. *Rétrécissement spasmodique de l'urètre chez les femmes.* S'il y a chez la femme de véritables rétrécissements spasmodiques de l'urètre, on sera forcé, pour les expliquer, de choisir entre deux hypothèses : ou bien un conduit dépourvu de muscles peut être pris de spasme, ou bien le resserrement a lieu au col vésical lui-même. Nous devons dire que les instruments éprouvant de la difficulté à pénétrer dans le canal dès

son orifice, il serait difficile d'admettre la seconde hypothèse. Quoi qu'il en soit, nous sommes loin d'attribuer une grande importance à ces vues théoriques ; quelle qu'en soit la cause, le rétrécissement spasmodique réclame le même traitement, et cela suffit à la pratique. Ces rétrécissements chez la femme offrent, à un haut degré, un principal caractère, c'est-à-dire de grandes variations dans leur intensité, des disparitions et des retours brusques; le matin, le canal refusait la sonde ou la bougie la plus fine, dans la journée un instrument volumineux y pénètre pour ainsi dire de lui-même. Pendant les tentatives, la sensibilité du canal étant exaltée, comme sa contractilité, les tentatives de cathétérisme, surtout celles qui doivent échouer, déterminent des douleurs assez vives. Voici un fait où ces deux circonstances coexistaient.

Obs. 1re. « Le 14 du mois d'août 1833, au moment de la visite, deux femmes se présentèrent à l'hôpital de la Charité : l'une, que l'autre soutenait, dans un abattement complet, réclamait les secours les plus urgents; elle n'avait pas uriné depuis vingt-quatre heures, et sa vessie était arrivée à un état de distension considérable. Elle quittait un médecin qui, n'ayant pu réussir à la sonder, l'avait engagée à venir immédiatement à l'hôpital de la Charité, où elle trouverait tous les moyens de secours possibles. Placée sur un lit, les jambes écartées, les vêtements relevés, M. Roux, qui interrompit sa visite, usant de toute la patience et de l'adresse qu'on lui connaît, essaya, mais vainement, de faire pénétrer une sonde dans la vessie : dans ses tentatives, qui furent longues, il employa tour à tour une sonde de femme et des sondes de gomme élastique de calibre très-petit. L'obstacle semblait exister à six ou huit lignes du méat urinaire. Jugeant dès lors la ponction de la vessie nécessaire, si la malade n'urinait pas dans la journée, M. Roux dit d'apprêter, pour six heures du soir, les objets nécessaires à l'opération. Dans l'intervalle la malade fut mise au bain, et on lui appliqua des sangsues au périnée. M. Roux n'étant pas encore venu à sept heures, en l'absence de mon collégue, que je remplaçais, je visitai la malade, sur laquelle, depuis le matin, on n'avait fait aucune tentative nouvelle pour la sonder. Je la trouvai accroupie dans un bain de siége; et, immédiatement, sans le plus léger obstacle, je pus faire pénétrer dans la vessie une sonde d'enfant d'une ligne et demie de diamètre. M'attendant à des difficultés, je crus presque que la sonde avait glissé dans le vagin; mais le jet de l'urine ne me laissa pas long-temps incertain, et ne surprit pas moins agréablement la malade habituée à souffrir beaucoup chaque fois qu'on la sondait. Ayant laissé écouler l'urine dans le bain, je ne saurais en évaluer la quantité, qui était considérable. Cette femme, ayant depuis recouvré la faculté d'uriner spontanément et sans difficulté, sortit de l'hôpital, bien portante, quatre jours après son entrée. » (Larcher, *Gazette médicale*, t. II, p. 790, 1834.)

Quoique le diagnostic n'offre pas d'aussi grandes difficultés que chez l'homme, il y a cependant des erreurs auxquelles on serait exposé faute d'une suffisante attention. S'il n'y a pas chez la femme de tumeur prostatique, pouvant jouer le rôle de soupape, un fongus vésical, pédiculé, peut se comporter de même et occasionner la rétention de l'urine ou de l'intermittence dans son excrétion ; mais alors la sonde lève la difficulté, car le cathétérisme est facile, et, en explorant le col de ce viscère avec l'instrument, on peut s'assurer de l'existence d'une tumeur dans cette région. Parmi les tumeurs du vagin qui pourraient le plus en imposer, ce serait le cystocèle, précisément par ces variations que présente la difficulté d'uriner, variations souvent bizarres, ainsi que M. Malgaigne l'a observé. La pression du col utérin, dans la rétroversion, pourrait également être cause d'une méprise si, comme cela arrive dans quelques cas, le col déterminait, suivant sa position, des rétentions d'urine momentanées. Le toucher et le cathétérisme dissiperaient tous les doutes.

Enfin un rétrécissement spasmodique a été pris pour un rétrécissement orga-

nique, et traité comme tel, ainsi que le prouve l'observation suivante :

Obs. 2. « Victorine S..., âgée de trente ans, employée *in lupanario*, m'ayant fait appeler quelque temps après pour une maladie étrangère à l'urètre, me donna les renseignements suivants : Déjà à différentes reprises, à quelques mois d'intervalle les uns des autres, elle avait éprouvé le même accident. Plusieurs fois elle n'avait pu être sondée immédiatement ; ce n'était qu'en répétant les tentatives, et toujours avec beaucoup de douleur, qu'on parvenait à la sonder. Après s'être adressée à plusieurs médecins, elle eut recours à un chirurgien qui s'occupe plus spécialement et avec renom des maladies des organes génito-urinaires. M..., croyant à un rétrécissement organique, employa pendant plusieurs mois, des bougies d'une grosseur graduellement accrue jusqu'à dépasser le calibre des sondes de femme ordinaires. Mais, peu de temps après qu'on en eut cessé l'emploi, les accidents s'étant reproduits avec la même difficulté d'arriver à la vessie, tandis que la veille encore la malade urinait par un gros jet, M... supposa qu'il existait dans la vessie, au voisinage du col, une tumeur fongueuse dont une partie plus ou moins flottante pouvait arriver jusqu'à l'urètre, qu'elle bouchait accidentellement, et mettait obstacle au cathétérisme. Cette femme, ne doutant pas que la rétention d'urine ne se reproduisît, me fit promettre d'aller la sonder. Le fait me paraissait trop singulier pour que je ne m'y engageasse pas volontiers. J'attendis plus long-temps qu'elle ne m'avait fait espérer ; mais enfin dans les derniers jours du carnaval 1834, on m'apporta la lettre la plus pressante pour me rendre auprès d'elle, *muni de sondes*. Je la trouvai dans des angoisses difficiles à dépeindre. L'ayant fait coucher sur le dos aussitôt mon arrivée, je fus assez heureux pour introduire dans la vessie, immédiatement, sans pour ainsi dire que la malade le sentît, une sonde d'homme, ayant au moins deux lignes de diamètre. Après avoir vidé la vessie presque complétement, l'exploration de sa cavité ne me fit rien reconnaître ; je n'en trouvai pas davantage quand l'urine fut complétement évacuée. Ayant imprimé avec précaution quelques mouvements lents à la sonde, je ne sentis aucune trace d'engorgement partiel dans l'urètre, qui, au moment de mon exploration était loin d'être rétréci. Le doigt porté dans le vagin, je ne trouvai ni tumeur dans le bassin, ni déplacement de l'utérus, que je pusse soupçonner être causes de la rétention de l'urine, seulement j'appris de la maîtresse du lieu que Victorine, d'un caractère très-érotique, était aussi passionnée pour le vin, et que ses rétentions d'urine, et notamment la dernière, étaient consécutives à une orgie. Cette femme n'a pas eu de récidive depuis ; je crois être sûr qu'elle m'aurait fait prévenir. » (*Gazette médicale*, t. II, p. 790, 1834.)

Le pronostic est généralement favorable, plus encore que chez l'homme, à cause de la facilité plus grande de faire cesser l'accident capital du rétrécissement, c'est-à-dire la rétention d'urine, et du danger infiniment moindre de faire fausse route et d'exposer ainsi le sujet à des abcès, à des infiltrations d'urine, etc.

Le traitement est également d'une grande simplicité ; éloigner la cause de l'affection, et, quand elle existe, la combattre par des antiphlogistiques, tels que saignées, sangsues, bains tièdes, lavements émollients, antispasmodiques, et enfin on fait disparaître, par le cathétérisme, le symptôme qui est presque la maladie, la rétention d'urine. Le cathétérisme devra être fait avec des sondes d'un certain calibre : trop grosses, elles ne pénétreraient nulle part ; trop petites, elles pourraient s'engager dans les parois du canal. Il sera d'ailleurs convenable d'en essayer successivement de différents calibres, si l'on a échoué avec les premières employées. Il faudra répéter l'opération aussi fréquemment que le besoin se fera sentir, et cela pour deux raisons : d'abord, parce que la rétention prolongée affaiblit la vessie ; ensuite et surtout parce que l'urine accumulée se concentre et irrite le col et le canal, et favorise ainsi le resserrement spasmodique de l'un et de l'autre.

b. *Rétrécissements organiques de l'urètre chez la femme.* Les rétrécissements organiques de l'urètre sont plus rares chez la femme que le resserrement spasmodique du même canal, et surtout incomparablement plus rares que les coarctations chez l'homme, par la raison que la cause ordinaire de cette affection, nous voulons dire l'urétrite blennorrhagique est tout à fait exceptionnelle, au moins à un degré prononcé, chez la femme. Voici comment M. Larcher de Lunéville s'exprime à cet égard :

« Si la blennorrhagie vaginale est fréquente dans les cas bien moins communs où elle s'étend jusqu'à l'urètre, il est ordinaire qu'elle reste bornée au bourrelet de son orifice. L'inflammation, occupant d'ailleurs une grande surface accessible aux moyens topiques, est ordinairement moins intense, et se termine souvent par résolution. Aussi, les rétrécissements organiques de l'urètre, qui, presque toujours, ont pour origine une inflammation chronique, sont-ils rarement observés chez les femmes. Il y a des chirurgiens attachés à de grands services de femmes dans les hôpitaux, ayant une clientèle nombreuse, qui n'ont jamais eu occasion d'en voir. Malgré des recherches assez étendues dans des ouvrages de chirurgie, et surtout dans les collections de journaux, ces vastes cimetières où l'on enterre une foule de faits isolés, rares, je n'ai pu en découvrir une seule observation. Quoique je pense que d'autres seront plus heureux, cette considération m'a déterminé à consigner ici les faits de ce genre que l'on a bien voulu me communiquer. Je pensais pouvoir y joindre un fait de plus, observé sur une femme qui, en 1831, était à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, n° 18, et chez laquelle M. Dupuytren « introduisit un bistouri boutonné dans l'urètre, qu'il incisa crucialement de la profondeur d'une ligne environ, pour chacune des quatre incisions. » M. Blondlot, alors interne de la salle, auquel j'écrivis à Nancy pour compléter les renseignements que l'on m'avait donnés, vient de me répondre, entre autres choses : « Jamais le fait n'a été pour moi fort clair. »

» Je pense cependant que les faits de ce genre sont moins rares que cette absence d'observations écrites ne semble le faire supposer. En effet, chez les femmes qui ont l'urètre rétréci, l'émission de l'urine, devenue plus fréquente, mettra obstacle à l'oblitération complète du canal, et tant que la malade pourra uriner elle se gardera bien d'en parler à personne. » (Larcher, *Thèses de la Faculté de Paris.*)

Puisque ces faits sont si rares, c'est un motif pour nous de profiter de ceux que la science possède. Dans le suivant, il est évident qu'une urétrite répétée a été la cause du rétrécissement organique très-marqué qui s'établit. Comme l'affection est des mieux caractérisée, c'est une nouvelle raison pour la consigner ici. Elle est de Sabatier, l'auteur d'un bon travail sur la néphrite albumineuse, enlevé tout jeune à la science.

Obs. 3. « Mademoiselle A..., femme entretenue, eut, à deux reprises différentes, une blennorrhagie, caractérisée chaque fois par une vive chaleur et une douleur assez cuisante en urinant, un écoulement assez abondant et verdâtre par le vagin. La seconde de ces blennorrhagies fut très-opiniâtre, et ce ne fut qu'après un temps assez long que la douleur et la cuisson cessèrent de se faire sentir. Cette jeune femme resta sujette à des fleurs blanches assez abondantes ; et la vie, fort agitée d'ailleurs, qu'elle menait, ne contribuait pas peu à les entretenir.

» A l'âge de 22 ans elle eut un troisième écoulement, puis un chancre et un bubon à l'aine droite. Appelé alors auprès de la malade, je lui donnai mes soins. Je cherchai à faire avorter le bubon, mais il était trop tard ; il suppura, fut ouvert, et la cicatrice obtenue assez rapidement.

» Après avoir combattu la blennorrhagie par le copahu, je fis suivre un traitement mercuriel ; et, après deux mois environ, mademoiselle A... étant rétablie, reprit son train de vie habituel.

» Dix-huit mois après environ, en août 1832, mademoiselle A... vint me consulter, disant que depuis quelque temps elle

éprouvait une difficulté à uriner, que l'urine parfois ne sortait que goutte à goutte et avec beaucoup d'efforts, et que même souvent elle éprouvait l'impossibilité totale de satisfaire au besoin d'uriner, et qu'ensuite, après un temps plus ou moins long, elle en recouvrait la faculté; mais alors le jet était très-faible, et l'émission de l'urine fort longue à s'accomplir. Je cherchai alors à introduire une sonde ordinaire de femme dans la vessie; mais à peine l'instrument eut-il franchi la moitié environ de la longueur de l'urètre, qu'il fut arrêté par un obstacle que je ne pus lui faire dépasser. Je pris alors une sonde de gomme élastique d'un calibre plus faible, mais je ne réussis pas mieux. Le rétrécissement était assez considérable pour qu'une bougie n° 1, que j'introduisis le lendemain, eût quelque peine à arriver jusqu'à la vessie. L'introduction de la bougie causa une assez vive douleur; je la laissai en place et la fixai. La malade la conserva pendant quatorze ou quinze heures et la retira. Le jour suivant je la replaçai avec moins de peine; la malade la garda, et l'urine s'échappa cette fois entre la bougie et le canal. J'arrivai graduellement ainsi jusqu'au n°8 dans l'espace de quinze jours.

» A cette époque, la présence de la bougie devint tellement gênante et causait une telle irritation nerveuse, que je crus devoir ne pas chercher à obtenir une plus forte dilatation. J'associai à ce moyen principal, pendant le cours du traitement, tous les moyens accessoires qui pouvaient le rendre plus supportable et combattre l'irritation qu'il déterminait. Mais voyant qu'ils étaient insuffisants, et que d'ailleurs la malade urinait alors sans difficulté, j'abandonnai la dilatation permanente et recommandai à la malade, qui avait appris à se sonder elle-même, d'introduire tous les deux jours, pendant une heure, la dernière bougie. Elle le fit pendant huit à dix jours, puis en éloigna de deux, trois et quatre jours l'introduction. De cette manière, mademoiselle A... conserva depuis la faculté d'uriner facilement; mais elle était obligée de recourir de temps en temps à l'introduction de la bougie, précaution que je lui avais fortement recommandée, pour éviter d'être reprise plus tard des mêmes accidents que la première fois.

» J'ai revu cette jeune femme au mois d'octobre 1833; depuis elle est partie pour l'Angleterre et je n'en ai plus entendu parler; et comme elle m'avait promis, dans le cas où de nouveaux accidents surviendraient, de me le faire savoir, je présume que, jusqu'à présent au moins, elle n'en a pas éprouvé. » (Sabatier, *Gazette médicale*, 1834, p. 791.)

Dans un autre cas observé par MM. Rostan et Lisfranc, le rétrécissement reconnaissait la même cause.

Obs. 4. Dans les deux premiers mois de 1834, une femme, qui était entrée la veille dans le service dont M. Rostan était le chef à l'hôpital de la Pitié, déclara ne pouvoir uriner. La vessie reconnue pleine, M. Dupley, chef de clinique, ne put pratiquer le cathétérisme. M. Rostan n'ayant pas été plus heureux, M. Lisfranc fut prié de voir et de sonder la malade. Les efforts du chirurgien de la Pitié furent aussi sans succès; il fut reconnu seulement que la malade avait un rétrécissement organique de l'urètre porté à un haut degré. On fit passer la malade dans les salles de chirurgie pour y être traitée; mais le lendemain elle voulut sortir, et depuis on n'en a plus entendu parler.

Un rétrécissement peut quelquefois, comme chez l'homme, se développer d'une manière spontanée :

Obs. 5. « Le 16 mars 1834, une femme, nommée Marie-Louise Falg..., âgée de soixante-trois ans, entra à l'hôpital de la Charité, où elle fut placée au lit n° 11 de la salle Sainte-Rose. Quand je la vis pour la première fois, le jour de son entrée, je la trouvai triste, abattue, ayant la face grippée et dans un état de contraction qui indiquait la souffrance. Elle n'avait point uriné de la journée; et les jours précédents, ce n'avait été qu'avec peine et à la suite d'efforts qu'elle avait rendu goutte à goutte, et à diverses reprises, une petite quantité d'urine. La vessie ne fait point saillie au-dessus des pubis; mais les parois abdominales étant mises dans le relâchement, on sent profondément, à l'hypogastre, une tumeur ar-

rondie, et qui, percutée, rend un son mat. J'essayai donc, avec une algalie ordinaire de femme, de sonder la malade. Je reconnus bien, par le toucher, le méat urinaire; mais ce fut en vain que je voulus y faire pénétrer l'instrument : à la moindre pression pour le faire entrer, la malade éprouvait de vives souffrances. Elle me fit part alors qu'il y a environ dix-sept ans elle avait été dans le même cas, et que M. Dupuytren, dont elle parle avec vénération, « avait eu de la peine à la sonder, et ne l'avait fait qu'au bout de trois jours, après lui avoir fait prendre des bains dans l'intervalle; » qu'il l'avait « guérie en lui plaçant dans le canal de petits instruments » qu'elle avait apportés. Et, en effet, elle me montra trois sondes de gomme élastique de calibre varié, longues de sept à huit pouces. M'étant assuré par le toucher qu'il n'existait aucun déplacement de l'utérus, ni tumeur quelconque qui pussent comprimer l'urètre, je me pourvus d'une sonde d'enfant du plus petit calibre (une ligne environ); je la présentai à l'orifice externe de l'urètre, où elle pénétra presque sans effort jusqu'à quatre ou cinq lignes; mais arrivée là elle fut fortement étreinte, et ce n'est qu'en la poussant doucement, lentement, et en lui imprimant de légers mouvements de droite à gauche, de haut en bas, et réciproquement, que je parvins à la faire pénétrer dans la vessie.

» Après avoir laissé écouler une partie de l'urine, je m'assurai, en promenant le bec de la sonde, que la vessie n'offrait dans sa sensibilité ou dans sa structure rien de remarquable, seulement elle avait peu de capacité. Cette femme n'était nullement malade d'ailleurs.

» A la visite du jour suivant, le chef du service, M. Guerbois, tenta et reconnut l'impossibilité d'introduire une sonde de femme. Je replaçai, en sa présence, la sonde dont je m'étais servi la veille, et il put s'assurer, par l'étreinte qu'elle éprouvait, que l'introduction d'une autre sonde d'un calibre plus fort ne devait pas être tentée. Les urines de la malade laissent déposer une petite quantité de mucosités. De la tisane de réglisse et de chiendent, des bains, la demi-portion pour aliment, lui sont prescrits. Après avoir sondé la malade plusieurs fois par jour avec des sondes d'argent dont le calibre allait graduellement en augmentant, je lui mis à demeure des sondes de gomme élastique.

» Le 20 avril, elle avait une sonde de plus de 3 lignes de diamètre. La malade, d'un caractère léger et vif depuis qu'elle n'éprouvait plus de souffrances pour uriner, avait repris toute sa gaieté, et dans un moment de joie, trop confiante dans son état amélioré, elle crut pouvoir demander la suppression de la sonde; mais bientôt, douze jours après, le volume du jet d'urine avait diminué. L'instrument de dilatation fut remis en place pendant un quart d'heure chaque jour. Craignant, d'après cet essai, que le rétrécissement ne se reproduisît promptement, j'engageai la malade à se sonder elle-même; mais, toujours aveuglée par son état présent, elle ne voulut jamais l'essayer. Elle quitta l'hôpital le 10 mai. Récemment elle est revenue à la salle Sainte-Rose pour une contusion légère, et je m'assurai, à ma grande satisfaction pour elle, que son rétrécissement n'avait pas fait de progrès sensibles. Je pus lui placer assez facilement dans l'urètre une sonde de gomme élastique n° 12, que je lui laissai à demeure pendant trois jours entiers.

» Cette femme, d'une petite stature, d'un caractère gai, facétieux même, avait été dans sa jeunesse, sous l'empire, demoiselle de comptoir dans un magasin de la rue Richelieu. Elle eut alors la faveur d'un ambassadeur italien fameux, le prince de la Sœp..., qui voulut l'emmener en Italie; mais elle préféra rester à Paris, où elle fut long-temps la maîtresse d'un capitaine de grenadiers de la garde impériale; elle ne me fit mystère d'aucune particularité de sa vie, sur laquelle je l'interrogeai; je dus donc encore la croire quand elle m'assura que *jamais elle n'avait attrapé de mal*, *pas même le plus léger écoulement.* Je la questionnai à plusieurs reprises à ce sujet, tâchant, par des demandes détournées, de lui éviter l'ennui d'un aveu complet; ce fut toujours en vain. Si donc chez elle le rétrécissement n'a pas été causé par l'inflammation chronique de l'urètre, doit-

on l'attribuer à une disposition spéciale? Je ne serais pas éloigné de le croire; je me suis assuré, en effet, que le conduit vulvo-utérin était remarquablement étroit, non-seulement à son entrée, mais aussi dans toute son étendue. » (Larcher, *lieu cité.*)

Ces rétrécissements réclament les mêmes moyens de traitement que chez l'homme avec cette différence qu'ils doivent réussir mieux et plus vite, par cette triple raison que les coarctations sont en général moins prononcées et moins nombreuses, et que le canal étant plus court, le mal est plus à la portée de nos instruments.

La dilatation est jusqu'ici la seule méthode employée, à l'exception toutefois d'une sorte de scarification pratiquée, comme on l'a vu plus haut, par Dupuytren. Cette dilatation est faite avec des bougies ou de petites sondes suivant l'étroitesse de la stricture; on peut la mettre en usage dans tous ses modes, temporaire ou permanente, permanente rapide ou permanente lente. Si elle échouait on pourrait recourir à la cautérisation ou à l'incision. Une remarque curieuse, c'est qu'il est parfois arrivé qu'un rétrécissement qui avait résisté aux instruments, cède à l'influence ou pendant l'administration de moyens en apparence insignifiants; voici de ce fait un exemple frappant :

Obs. 6. « Au mois d'août 1833, je fus appelé à donner mes soins à madame M... malade, me dit-on, depuis sept à huit ans, sans avoir jamais réclamé les secours de la médecine. Cette dame, âgée de cinquante-trois ans, d'un tempérament sanguin et d'une constitution assez robuste, se plaignait de douleurs violentes dans tout le pourtour du bassin, d'une pesanteur fort incommode, d'une grande difficulté à uriner, de nausées, de vomissements, etc.

» Le toucher et l'application du spéculum me firent reconnaître un engorgement assez considérable du corps de l'utérus, et deux petites excoriations sur la lèvre postérieure du col plus gros que dans l'état normal, et très-court. Je mis en usage, dans cette circonstance, tous les moyens le plus généralement conseillés, d'accord avec M. Lisfranc, qui fut appelé en consultation.

» Au mois de février suivant, malgré la grande amélioration que nous avions obtenue, et la cicatrisation complète des excoriations, madame M... éprouvant toujours des douleurs et autant de difficulté pour uriner (l'urine ne sortant pour ainsi dire que goutte à goutte), je voulus introduire une sonde ordinaire de femme dans la vessie, pour m'assurer de son état; mais, à la résistance que j'éprouvai, je reconnus facilement un rétrécissement considérable du canal de l'urètre, car il me fut impossible d'y faire pénétrer une bougie extrêmement fine. Je fis de nouveau demander M. Lisfranc, qui constata en effet ce rétrécissement, et parvint cependant, avec beaucoup de peine à la vérité, à faire pénétrer dans la vessie la petite bougie dont je m'étais servi, et pensa qu'on pourrait obtenir la dilatation à l'aide des bougies; nous employâmes en même temps les bains de siége émollients, les boissons adoucissantes, un régime végétal et le repos le plus absolu, que madame M... gardait depuis le commencement du traitement. La malade se soumit bien trois ou quatre fois à l'introduction de la petite bougie et d'une autre un peu plus grosse; mais l'inflammation et les douleurs qui en résultèrent la firent bientôt renoncer à ce mode de traitement, et il fallut s'en tenir aux autres moyens indiqués. Quoi qu'il en soit, au bout d'une quinzaine de jours, les douleurs n'en avaient pas moins perdu beaucoup de leur intensité, la malade urinait moins fréquemment et avec plus de facilité. Enfin, à partir de ce jour, la dilatation du canal s'opéra insensiblement sous l'influence de ces faibles moyens, et aujourd'hui, 1er mai, madame M... est presque entièrement rétablie.

» Madame M..., ajoute M. Gasnault, étant restée long-temps sans me faire aucune confidence qui pût m'éclairer sur la cause de ce rétrécissement, je dus penser, d'après l'âge avancé de la malade, que cette affection était symptomatique de l'inflammation de l'utérus, qui s'était à la longue propagée au canal de l'urètre; mais, dans ces derniers temps, pressée par mes questions, madame M...

finit par m'avouer qu'elle a eu, il y aurait dix ans environ, un écoulement blennorrhagique qu'elle avait conservé plus d'une année sans oser se confier à un médecin, et que depuis cette époque elle avait toujours souffert de plus en plus en urinant. Ne doit-on pas en conclure que ce rétrécissement est la suite de l'écoulement négligé, et qui aura été aggravé par l'inflammation de l'utérus? » (Larcher, *Gazette médicale*, 1834, p. 790.)

Nous terminerons par une remarque importante et qui sépare profondément les rétrécissements de l'urètre chez la femme de la même affection chez l'homme : c'est l'absence, dans le premier cas, des accidents si nombreux et quelquefois si graves qui peuvent être, dans le second, la conséquence des coarctations urétrales. Chez la femme la rétention d'urine est le symptôme le plus sérieux du rétrécissement; encore en triomphe-t-on aisément avant qu'elle puisse produire des désordres inquiétants; et jamais, ou presque jamais d'abcès urineux, ni d'infiltration d'urine, ni de fistules, reconnaissant cette cause. Il est inutile de faire observer que cette différence vient de celle que présente l'urètre dans les deux sexes, et de la fréquence et de l'intensité plus grandes de l'urétrite chez l'homme que chez la femme. Ces considérations et celles qui ont été précédemment développées, nous faisaient un devoir de traiter à part des rétrécissements de l'urètre chez la femme, et de combler ainsi une lacune qui se rencontrait partout.

ARTICLE XIV.

Cathétérisme chez la femme.

Dans l'article VIII, nous avons eu presque exclusivement en vue la rétention d'urine chez l'homme et le moyen de la combattre. Chez la femme, en effet, les obstacles organiques au cours de l'urine sont extrêmement rares, pas de prostatites, peu ou presque pas de rétrécissements permanents, etc.

Il nous suffit donc de décrire le cathétérisme chez la femme, l'urètre étant supposé libre. S'il arrivait que ce canal fût le siége d'une véritable coarctation, on traiterait par des procédés analogues à ceux qui sont usités chez l'homme.

M. Vidal décrit ainsi le cathétérisme chez la femme.

« Quand il est permis au chirurgien de découvrir la femme, d'écarter les grandes, les petites lèvres, et de mettre à nu le vestibule, on voit, entre celui-ci et le vagin, le méat, qu'il est facile de traverser avec la sonde qui se trouve dans toutes les trousses, et on parcourt facilement l'urètre avec cet instrument. Mais la pudeur, un gonflement considérable des parties peuvent obliger le chirurgien à ne se servir que du toucher pour diriger la sonde. Il peut arriver aussi que la malade ne puisse écarter les cuisses. C'est alors qu'il faut se rappeler qu'immédiatement au-dessous du méat est un petit tubercule qui doit servir de repère. Si, avec l'index, on va à la recherche du méat, et qu'on procède de haut en bas, c'est-à-dire du clitoris au vagin, on trouve le méat avant le tubercule en question; si, au contraire, l'index va d'abord toucher la fourchette et parvient ensuite à l'orifice du vagin, sur le rebord antérieur de celui-ci, il trouve le tubercule, et c'est immédiatement au-dessus de lui qu'est le méat. D'ailleurs, voici le procédé tel qu'il a été décrit par M. Larcher dans une thèse remarquable.

» Le chirurgien placé au côté gauche de la femme, qui est couchée sur le dos, porte l'indicateur de la main gauche à la partie inférieure et moyenne de la paroi antérieure du vagin : avec la pulpe du doigt, il reconnaît le tubercule urétral, qu'il ramène un peu en arrière, et le comprime très-légèrement de bas en haut; il présente à l'orifice de l'urètre l'extrémité de l'instrument tenu de la main droite, il s'assure de la direction de la paroi antérieure du vagin et de l'urètre, et, poussant l'algalie légèrement enduite d'un corps glissant, la fait pénétrer dans la vessie. Ce procédé, à la fois facile, sûr et prompt, nous a toujours réussi, dit M. Larcher. Il évite les tâtonnements quelquefois douloureux qui sont communs à tous les autres procédés dans lesquels on ne se sert pas de la vue. Aussi nous a-t-il semblé qu'il était apprécié des femmes qui avaient été sondées autrement, et que l'opération cessait de

leur inspirer aucune appréhension (1). » (Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe et de médecine opérat.*, t. v, p. 244.)

ARTICLE XV.

Accidents qui sont la conséquence des affections de l'urètre, et des opérations qu'elles réclament.

Les principaux accidents qui compliquent les maladies de l'urètre et leur traitement sont l'écoulement urétral, les fausses routes, l'inflammation du testicule et du cordon, les accès de fièvre intermittente, les suppurations éloignées, etc. Nous allons en passer une revue rapide.

Il a déjà été question de l'écoulement urétral à l'occasion des symptômes du rétrécissement du canal et de la lithotritie ; les accidents qui se développent sous l'influence des instruments introduits dans l'urètre pour combattre les coarctations et les diverses rétentions d'urine ont en général plus de gravité. Cependant ils sont quelquefois si nombreux et accompagnent des symptômes si graves qu'on est obligé de suspendre tout moyen de traitement, pour y procéder plus tard avec les plus grands ménagements. La diminution et la cessation de l'écoulement lorsque la dilatation d'un rétrécissement touche à sa fin, sont une preuve de guérison; mais cette guérison n'est complète qu'autant que l'écoulement se tarit entièrement peu de temps après l'emploi des dernières bougies.

Cet écoulement mérite de fixer notre attention sous deux points de vue qui se rattachent l'un à la manière dont l'écoulement se prend, l'autre à celle dont il se donne, et ce peut être la double source de graves erreurs, comme nous allons le voir.

D'abord, quelques malades atteints de rétrécissement contractent cet écoulement ou l'augmentent par le coït au point de faire croire que la femme était infectée, quand, au contraire, elle était parfaitement saine, et que tout dépendait du rétrécissement. En voici un exemple frappant.

Obs. 1re. « M. Vitu, âgé de 58 ans, eut une première gonorrhée à dix-sept ans, une seconde à vingt-six ans, et une troisième à vingt-huit ans; cette dernière fut cordée, et l'écoulement ne diminua sensiblement qu'au bout de dix-huit mois, mais il ne s'arrêta jamais complétement. En 1814, trois ans après la dernière gonorrhée, il s'aperçut qu'il urinait par un jet plus petit qu'autrefois, et qu'il mettait beaucoup plus de temps à vider sa vessie. Le jet diminua progressivement, et il urina avec beaucoup de difficulté pendant plusieurs années, sans pouvoir se résoudre à subir un traitement par les sondes ou par les bougies, qu'on lui présentait comme le seul remède à ses maux. Enfin, il eut, il y a deux ans, une rétention complète qui cessa spontanément, mais qui l'effraya beaucoup et le détermina à subir le traitement par les sondes. Il en porta jour et nuit pendant deux mois; on n'alla que jusqu'au nº 8, sans doute parce que le méat urinaire, qui était très-étroit, ne permit pas d'en mettre de plus grosses.

» Après ce traitement, il urina bien pendant dix mois, durant lesquels il ne cessa toutefois d'avoir un écoulement par la verge. Après ce laps de temps, le jet diminua progressivement, et M. Vitu ne tarda pas à éprouver une rétention complète. Il se mit dans le bain, fit usage d'une boisson émolliente, et les urines reprirent leur cours. Depuis cette époque, il pissa toujours plus ou moins mal, et se trouva par intervalle dans l'impossibilité de rendre une seule goutte d'urine pendant quelques heures.

» A l'époque où il vint me consulter, le 18 mars dernier, il urinait peu à la fois, souvent et avec des douleurs vives; il se relevait jusqu'à cinq et six fois par nuit pour lâcher de l'eau. Cependant il menait une vie très-régulière et très-sobre, buvait habituellement une tisane de graine de lin, de chiendent et de réglisse, évitait soigneusement les écarts de régime, lesquels déterminaient toujours une rétention complète, et s'abstenait du coït depuis plus d'un an, parce qu'il ne l'exerçait jamais sans voir augmenter ses douleurs et sans éprouver un écoulement abondant qui lui donnait à penser qu'il avait contracté une nouvelle

(1) Considérations sur l'urètre et son cathétérisme chez la femme, par Larcher de Lunéville. *Thèses de Paris*. 1834.

gonorrhée. Il se plaignait particulièrement d'une forte démangeaison dans le canal, et il me fit remarquer qu'il portait au périnée, près de l'anus, une tumeur grosse comme une aveline.

» Cette tumeur, me dit-il, devient très-douloureuse et augmente beaucoup de volume quand je dois avoir une rétention complète : elle grossit depuis hier, et, si vous n'y portez remède, j'aurai, d'ici à deux jours, une rétention.

» J'introduisis dans le canal une bougie n° 6; elle s'arrêta à quatre pouces sept lignes; je pris l'empreinte du rétrécissement, dont l'ouverture était fort étroite et située à la partie supérieure; je passai sans peine jusque dans la vessie une bougie très-fine, chargée de cire à mouler; je la laissai en place pendant dix minutes, et quand je la retirai elle portait une rainure d'une ligne et demie. J'introduisis le porte-caustique et je fis une application d'une ligne et demie de longueur, que je dirigeai particulièrement sur la paroi inférieure.

» Le malade revint le surlendemain : il avait rendu ses urines avec plus de facilité le 18 au soir et le 19; mais, depuis quelques heures, il ressentait très-fréquemment le besoin d'uriner et ne le faisait qu'avec beaucoup de peine et par un jet filiforme et tremblotant. Pensant que ce changement provenait de ce que quelques morceaux d'eschare, en partie détachés, obstruaient l'ouverture de l'obstacle, j'introduisis une bougie n° 3, qui passa sans difficulté; j'engageai le malade à faire des efforts pour uriner, je retirai la bougie, et l'urine sortit avec force par un jet gros comme une plume de corbeau. Le malade rendit plus d'une demi-pinte d'urine, dans laquelle on remarquait plusieurs morceaux d'eschare.

» Les urines continuèrent à couler avec facilité, et le lendemain le jet était encore plus fort, la vessie se vidait parfaitement, et le malade n'urinait pas plus souvent que dans l'état naturel; la circonstance suivante, qu'il me rapporta, m'en donna la preuve : le 21, il assista à la séance de la Chambre des députés, prit sa place, comme il est d'usage, à midi, et ne ressentit point le besoin d'uriner pendant toute la séance, qui ne finit qu'après six heures.

» Le 22, je pris l'empreinte, je passai une bougie jusque dans la vessie; je la retirai immédiatement et je fis une seconde application.

» Le 23, le malade trouvait qu'il s'était fait une grande amélioration dans son état depuis la veille : il urinait, disait-il, comme si jamais il n'eût eu de rétention d'urine. Je pris l'empreinte, je passai sans mandrin et sans employer la force une sonde n° 6; je la retirai et la remplaçai par une bougie à ventre, de deux lignes et demie de diamètre, qui passa avec facilité. Le malade mit cette même bougie le lendemain pendant vingt minutes matin et soir.

» Voulant m'assurer de la résistance qu'offre un rétrécissement qui a été convenablement détruit par le caustique, je pris la résolution d'essayer jusqu'à quel point je pourrais porter la dilatation avec le seul secours des bougies à ventre; en conséquence, au lieu d'introduire un dilateur, comme je l'aurais fait le 27, je mis une bougie à ventre, de trois lignes de diamètre, et le rétrécissement n'opposa pas au passage du ventre plus de résistance que le méat urinaire. Le malade remit lui-même cette bougie matin et soir jusqu'au 31; ce jour j'en mis une de trois lignes et demie, et le méat urinaire retint plus fortement le ventre de celle-ci que ne le fit le lieu où siégeait l'obstacle.

» Le 3 avril, je mis une bougie un peu plus forte que la précédente, mais qui n'avait pas quatre lignes. Le 6, j'en mis une qui avait cette dimension; le ventre rencontra une résistance assez forte à son passage à travers le méat urinaire, mais il franchit facilement l'obstacle. Le lendemain, je présentai ce malade à M. le baron Percy, que l'Institut avait chargé de faire un rapport sur mon ouvrage, et j'introduisis devant lui la bougie de quatre lignes de diamètre. L'écoulement a entièrement cessé, et M. Vitu ne conserve aucune trace de sa maladie. » (Ducamp, *Traité des rétentions d'urine*, p. 242.)

Dans un cas semblable, d'ailleurs in-

complétement décrit, pourrait servir au diagnostic.

Cet écoulement, qui se déclare dans le coït le plus pur, peut faire injustement soupçonner la femme; dans le cas suivant c'est le mari qui pourrait être l'objet d'une accusation sans fondement. En effet, il arrive que cet écoulement, uniquement dû à l'existence du rétrécissement, soit contagieux. C'est l'opinion de M. Civiale, auquel nous en laissons toute la responsabilité. Voici un des faits sur lesquels il l'appuie :

« D'abord je dirai qu'il n'y a pas de caractères tranchés pour chaque écoulement, qu'on les confond tous les uns avec les autres. De là résulte qu'ils deviennent fort souvent une cause de mésintelligence dans les ménages. Les deux époux s'accusent réciproquement à l'occasion d'un fait qui leur paraît inexplicable, et sur le compte duquel des praticiens peu exercés ou imprudents n'ont que trop accrédité les plus graves erreurs.

Obs. 2. « A la suite d'un mariage d'inclination, une dame éprouve des accidents qui attirent l'attention de toute sa famille. Un médecin laisse entrevoir des doutes sur la nature de la maladie, en alléguant principalement la gravité des symptômes. Des explications deviennent nécessaires, et font craindre une éclatante rupture. Je fus appelé par le mari, que j'avais déjà traité d'un rétrécissement, et j'indiquai la source probable des accidents qu'éprouvait la jeune épouse; mais ce qu'on eût facilement compris dans toute autre circonstance, parut incroyable alors, tant la passion avait aveuglé les esprits. A peine fut-il possible d'obtenir la remise d'un éclat fortement arrêté. La femme resta confinée dans sa chambre, et y fut soumise à un régime doux, à l'usage des bains et au traitement antiphlogistique le plus simple; les antisyphilitiques, dont il avait été déjà question, furent sévèrement écartés, et au bout de quelques jours les accidents se calmèrent; bientôt tous les symptômes disparurent, et la paix revint dans le ménage. Il ne fallut rien moins que ce résultat, et surtout l'absence de tout traitement spécial, pour détruire une prévention qui fut sur le point de causer le malheur de deux familles. Les cas de ce genre sont plus fréquents qu'on ne le croit. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 1re part., p. 440.)

Cette remarque de M. Civiale mérite la plus grande attention, d'autant plus que c'est un point extrêmement difficile à juger, à cause du peu de sincérité des renseignements de la personne intéressée.

Nous ne reviendrons pas sur les fausses routes, qui ont été longuement traitées ailleurs.

L'inflammation du testicule et du cordon, ordinairement légère, peut être grave, absolument du reste comme dans la lithotritie; c'est pourquoi nous renvoyons à ce que nous en avons dit en traitant des accidents qui accompagnent le broyement de la pierre.

La seule remarque que nous devions faire ici, c'est que cette orchite se termine d'une manière heureuse plus souvent que l'orchite blennorrhagique. Nous pourrions en citer beaucoup d'exemples; celui-ci suffira :

Obs. 3. « *Trente-neuf ans, plusieurs blennorrhagies; blennorrhée; légère dysurie; injections forcées; application de l'urétrotome; emploi des bougies coniques et raides; gangrène sur le pénis; ouverture de l'urètre, établissement de plusieurs fistules; deux rétrécissements; une fausse route; introduction d'une sonde; cautérisations; amélioration sensible; inflammation d'un testicule; guérison.*

» Le 24 décembre 1826, je fus appelé dans le faubourg du Temple, près d'un malade affecté de plusieurs fistules urinaires; c'était un ancien négociant. Il avait trente-neuf ans, un tempérament sanguin et une constitution forte, mais altérée par de longues souffrances. Il avait été affecté de plusieurs blennorrhagies dans sa jeunesse. Sujet à un léger écoulement et à quelque difficulté dans le cours des urines, il s'était confié à un chirurgien, qui, d'après l'annonce d'un journal politique, combattait les affections de ce genre par des procédés beaucoup plus doux et plus prompts que les moyens en usage. Il venait de recevoir

ses soins pendant trois mois et demi, et, durant ce temps, il avait presque toujours eu la fièvre, et gardé le lit. Il avait été différentes fois dans l'impossibilité d'uriner, s'était vu frappé de gangrène sur le pénis, avait subi un grand nombre d'opérations douloureuses à l'urètre, et une plus douloureuse encore au périnée, savoir : une incision pour ouvrir aux urines une large voie par cette région. De nombreuses tentatives pour arriver à la vessie avaient été vaines; les injections forcées, l'urétrotome, les sondes droites, des bougies à pointe fine et raide, tout avait échoué. Il ne sortait presque plus d'urine par l'ouverture naturelle. Il s'était établi une fistule au périnée, une au pubis et deux au dos de la verge. Je procédai à l'examen de l'urètre. Une petite bougie de cire, dont l'extrémité était arrondie, parut, après plusieurs secousses et quelque résistance, pénétrer jusqu'à cinq pouces et demi; mais elle sortit un peu tortillée, et le malade, pendant son séjour, accusa une sensation que, depuis quelque temps, il était dans l'habitude d'éprouver à chaque introduction d'instrument; il lui semblait que le corps étranger quittait l'urètre, et s'engageait dans les chairs, à la droite de ce canal. Une petite bougie de gomme élastique se trouva arrêtée à quatre pouces; une sonde exploratrice moyenne passa avec un peu de peine à deux pouces, et, parvenue à quatre pouces, y prit une empreinte.

» Ces recherches me prouvèrent l'existence de plusieurs rétrécissements, et devaient me faire craindre celle d'une fausse route. Les fistules de l'urètre donnaient beaucoup de pus; le malade était très-amaigri, en proie à une fièvre continue avec redoublement chaque soir; il ne voulait plus entendre parler de la personne qui l'avait traité; la guérison n'était pas certaine, elle devait se faire attendre : je provoquai une consultation. M. Dupuytren avait déjà vu le malade; il voulut bien se joindre à moi. Ce chirurgien prit une sonde d'argent d'une ligne et demie de diamètre, constata l'existence de deux rétrécissements, reconnut celle d'une fausse route, et parvint à la vessie.

» L'algalie fut laissée en place. Je la retirai soixante-six heures après; le malade ne pouvait plus la supporter. Je lui substituai une sonde de gomme élastique, et j'augmentai graduellement le diamètre de celle-ci. Je ne négligeai ni les bains de siége, ni les autres moyens hygiéniques déjà employés. A la fin de janvier, la fistule du pubis et celle du pénis étaient fermées, et l'état général du malade était bien amélioré; toutefois il y avait encore un mouvement fébrile. J'insistai sur l'emploi de la sonde.

» Le 21 février, voyant que la fistule du périnée ne faisait pas de progrès vers la guérison, que l'urètre était le siége d'une abondante suppuration, et que la sonde rencontrait toujours un obstacle à deux pouces, et un autre à quatre, je pris le parti de cautériser ces deux obstacles. Dans ce but je portai une sonde exploratrice sur chacun d'eux. Le premier me donna une empreinte et le second une autre empreinte. Je cautérisai d'abord à quatre pouces, et deux jours après à deux pouces. Je répétai ensuite cette opération, une fois sur le premier rétrécissement, et deux fois sur le second; j'obtins une grande amélioration dans l'état du malade.

» Je faisais toujours usage de la sonde. J'avais essayé de m'en passer; mais une gêne croissante dans le cours des urines m'avertit bientôt qu'il serait imprudent de négliger ce moyen.

» Cependant la fistule s'était fermée, et depuis une vingtaine de jours je m'en tenais à la sonde; tout à coup le testicule gauche devint le siége d'une vive douleur. De concert avec le médecin ordinaire du malade, M. le docteur Bernardin, j'eus recours aux antiphlogistiques locaux et généraux. Mais tout ce que nous fîmes n'aboutit qu'à calmer un peu la douleur, et n'empêcha pas l'inflammation de se développer et de se terminer par suppuration. Ensuite la fistule du périnée s'ouvrit de nouveau.

» Vers la fin du mois d'avril, le 25, l'exploration de l'urètre me donna, à quatre pouces, une empreinte; je recourus à la cautérisation. J'en usai avec réserve, une fois chaque semaine au plus.

» J'eus la satisfaction de voir, sous

l'influence de ce moyen, de la sonde, des bains de siége et de quelques soins de régime, la sonde exploratrice sortir avec une empreinte, la fistule se fermer, la suppuration de l'urètre s'affaiblir, cesser, le malade recouvrer de l'embonpoint et revenir à la santé la plus brillante. J'ai cru néanmoins qu'il y aurait imprudence à laisser la sonde; elle est portée la nuit, et souvent même une bonne partie de la journée.

» Est-ce à l'urétrotome, aux injections forcées, à la sonde droite ou aux bougies coniques et raides qu'il faut attribuer les désordres que présentait ce malade quand j'ai entrepris son traitement? Je ne puis le dire; mais ce que je puis affirmer, c'est que ces instruments avaient été mis en usage par une main habile et habituée à s'en servir. » (Ségalas, *Traité des rétentions d'urine et des maladies qu'elles produisent*, p. 610.)

Comme les orchites qui viennent compliquer les maladies dont nous nous sommes précédemment occupés sont extrêmement douloureuses et très-sujettes à se terminer par suppuration, nous pensons que le débridement du testicule par la méthode de M. Vidal de Cassis pourra trouver ici son application. Cette méthode de traiter sera d'ailleurs amplement appréciée quand nous traiterons des maladies des bourses.

Sans nous arrêter non plus aux accès de fièvre intermittente, qui se déclarent après les opérations même les plus simples, telles que le cathétérisme pratiqué sur l'urètre, nous nous bornerons à rapporter l'observation suivante :

Obs. 4. « *Rétention d'urine causée par plusieurs rétrécissements.*

» M..., âgé de cinquante ans, a eu, dans son jeune âge, un assez grand nombre de gonorrhées, cordées pour la plupart. Il a conservé depuis la dernière un écoulement blennorrhagique peu abondant. Il commença à ressentir, en 1812, des douleurs en urinant, et il reconnut que le jet de ses urines était beaucoup moins volumineux qu'autrefois. En 1816, il éprouva tous les symptômes d'un rétrécissement considérable de l'urètre; il consulta un chirurgien qui lui passa, tous les trois jours, dans le canal, une sonde armée de nitrate d'argent; n'éprouvant aucun soulagement au bout d'un mois, il quitta ce chirurgien et s'adressa à un autre en renom. Celui-ci introduisit avec peine une sonde dans la vessie, et envoya un de ses aides pour la remettre le lendemain, et pour continuer le traitement. Mais cet aide, après les tentatives les plus laborieuses durant et après lesquelles le malade rendit beaucoup de sang par la verge, se retira sans avoir pu entrer dans la vessie. Il eut sans doute la persuasion d'avoir fait une fausse route; car il ne revint plus, quoique le malade le fît demander à diverses reprises pour le consulter sur les douleurs qu'il éprouvait dans le canal et dans le périnée depuis l'introduction de la sonde.

» Ces douleurs se dissipèrent au bout de quelques jours. La difficulté d'uriner fut toujours croissante, et le malade eut une rétention complète. Il appela un médecin qui lui prescrivit des émollients et des antiphlogistiques; ces deux moyens ne procurant point de soulagement, ce médecin essaya d'introduire une bougie; il échoua dans ses premières tentatives; mais, à force de patience et de persévérance, il parvint à en faire pénétrer une dans l'obstacle, et à rétablir le cours des urines. Le traitement par les bougies fut continué pendant près de deux mois, et le malade urina avec assez de facilité pendant quelque temps; les symptômes de la dysurie reparurent bientôt.

» Depuis cette époque, M*** a toujours uriné avec peine, par un jet très-délié, et souvent goutte à goutte; il rendait peu d'urine à la fois, et se relevait jusqu'à quatre et cinq fois par nuit pour lâcher de l'eau. Ses urines charriaient beaucoup de glaires et portaient habituellement une odeur ammoniacale très-forte. Il ressentait dans le canal des douleurs et des démangeaisons comme s'il avait eu une gonorrhée; il avait constamment un écoulement blennorrhagique assez abondant, des douleurs dans les lombes, les aines et les parties supérieures des cuisses. Il éprouvait de loin en loin des accès de fièvre avec tremblement : depuis long-temps l'éjaculation ne se faisait plus,

et l'acte vénérien s'accompagnait d'une sensation douloureuse et si désagréable que le malade y avait complétement renoncé ; il éprouvait une sorte d'aversion pour ce plaisir.

» M*** était dans cet état lorsqu'il vint réclamer mes soins, le 8 mars 1822.

» Je reconnus, à quatre pouces six lignes du méat urinaire, un rétrécissement ; j'en pris l'empreinte ; l'ouverture était extrêmement petite et située à la partie tout à fait supérieure. Je parvins à passer une sonde très-fine au moyen d'un conducteur muni d'une éminence. Je remplaçai immédiatement cette bougie par une autre de forme conique. Je répétai cette même opération le lendemain avec une bougie chargée de cire à mouler, laquelle rapporta une rainure de trois lignes de longueur ; je fis aussitôt une application de trois lignes d'étendue, que je dirigeai sur la partie inférieure de l'obstacle.

» Le 11, le malade urinait avec plus de facilité, et s'applaudissait du soulagement qu'il éprouvait. Je pris l'empreinte ; j'introduisis sans conducteur une bougie nº 5 dans le canal ; elle franchit l'obstacle touché et s'arrêta sur un second rétrécissement à cinq pouces trois lignes. Je retirai cette bougie, et je fis sur le premier rétrécissement, à quatre pouces six lignes, une seconde application que je dirigeai encore sur la partie inférieure.

» Le 14, le jet était un peu plus fort, le malade rendait plus d'urine à la fois. Je pris l'empreinte, et, trouvant encore des parties saillantes inférieurement, je fis une troisième application dans ce sens.

» Le 17, il ne s'était fait aucun changement dans le jet depuis le 14. Je pris l'empreinte ; je passai la bougie nº 6 ; elle alla jusqu'à cinq pouces trois lignes, mais elle se trouva fortement serrée dans le premier obstacle. J'y fis conséquemment une quatrième application circulaire.

» Le 21, aucun changement dans la grosseur du jet. La sonde exploratrice passa à travers le premier rétrécissement, s'arrêta à cinq pouces trois lignes, et rapporta l'empreinte de l'obstacle qui existait sur ce point. J'introduisis par le procédé ordinaire une petite bougie jusque dans la vessie ; je la retirai aussitôt, et la remplaçai par une autre chargée de cire à mouler ; j'ôtai celle-ci au bout de dix minutes : elle portait une rainure d'une ligne et demie. Je fis donc une application d'une ligne et demie d'étendue ; et comme le bourrelet qu'il fallait détruire était en bas, je dirigeai la rainure du porte-caustique dans ce sens.

» Le 24, il s'était fait depuis la veille un grand changement dans l'écoulement des urines ; elles sortaient par un jet fort, arqué, gros comme une plume de canard. Je pris une nouvelle empreinte, et je fis une nouvelle application circulaire. J'en fis une troisième le 27 ; le jet était presque de grosseur naturelle.

» Le 30, je passai la bougie nº 6 jusque dans la vessie, et je mis un dilateur de trois lignes.

» Le 31, je remis le même dilateur, que je distendis fortement avec de l'air et de l'eau ; j'introduisis ensuite une bougie à ventre de deux lignes et demie, mais je ne pus la faire arriver jusque dans la vessie. Je fis une entaille sur le corps de cette bougie, près du méat urinaire, et je la retirai ; je vis qu'elle avait pénétré de sept pouces, et qu'elle portait une rainure assez profonde, d'une ligne d'étendue, à sept lignes de son extrémité, ce qui me démontra clairement qu'il existait un troisième rétrécissement à six pouces deux ou trois lignes du méat urinaire.

» Le 1er avril, je pris l'empreinte de ce rétrécissement ; et comme les parties saillantes étaient également réparties autour de l'ouverture, je fis une application circulaire d'une ligne d'étendue avec le porte-caustique, dont je donne la description page 195 ; je répétai cette opération le 4.

» Le 7, j'introduisis la bougie à ventre de deux lignes et demie jusque dans la vessie ; je la retirai un peu, afin de placer le ventre sur le troisième rétrécissement. Cette bougie fut gardée pendant vingt minutes.

» Le 8, je mis un dilateur de quatre lignes, et je le remplaçai par une bougie à ventre de trois lignes. Cette bougie fut

remise et gardée pendant vingt minutes le 9.

» Le 10, je remis le même dilateur de quatre lignes et demie et la bougie à ventre de quatre lignes ; elle fut gardée pendant vingt minutes. Je la remis le lendemain et le surlendemain.

» Le 13, je mis le dilateur de quatre lignes et demie et la bougie à ventre de quatre lignes ; elle fut gardée pendant dix minutes. Je la remis le jour suivant.

» Le 15, le 17, le 22, je remis le dilateur de quatre lignes et demie de diamètre, et le malade mit chaque jour la bougie à ventre pendant quelques minutes. Il la remit encore quelquefois sans la laisser séjourner dans le canal.

» Le 8 mai, il n'existait déjà plus d'écoulement ; le malade urinait avec la plus grande facilité, ses urines étaient limpides et sans odeur, et il les gardait comme l'homme le mieux portant.

» Au moment où je donne cette feuille à l'imprimeur, l'état de bonne santé de M. *** continue, et rien ne peut faire présumer qu'il doive cesser. M. *** m'instruit que le désir des plaisirs de l'amour s'est réveillé chez lui, et qu'il le satisfait comme avant sa maladie, sans éprouver cette sensation désagréable dont il a été question au commencement de cette observation. » (Ducamp, *Traité des rétentions d'urine*, p. 254.)

Des abcès se développent loin de l'urètre pendant le traitement de ces maladies ; c'est surtout dans les grandes articulations qu'on les observe, et alors c'est ce qu'on décrit sous le nom d'arthrite blennorrhagique quand ils se montrent dans une autre circonstance. Comme nous traiterons plus tard de l'arthrite blennorrhagique avec tous les détails que comporte son importance, nous nous contenterons ici d'un exposé sommaire qui consistera surtout à rappeler quelques faits.

M. Lallemand cite le cas d'un homme atteint de maladies des organes génito-urinaires, et à l'autopsie duquel, sans qu'aucun symptôme l'eût annoncé, on trouva les muscles sous-scapulaires, sus et sous-épineux, des deux côtés, ainsi que plusieurs muscles du corps, dans un état de suppuration.

L'Examinateur médical a rapporté en 1841 le cas d'un homme chez lequel une fausse route avait été faite dans l'urètre au-devant de la prostate ; huit ou dix jours après il survint des accidents qui amenèrent la mort. Il y avait du pus dans les articulations des épaules et des genoux. Enfin nous terminerons ce point, sur lequel la science est loin d'être faite, en donnant une observation détaillée et intéressante à beaucoup d'égards.

Obs. 5. « M. P..., officier de marine, âgé de trente-six ans, avait depuis longtemps de la peine à uriner. Craignant d'être attaqué de la pierre, il vint me consulter. Je reconnus que l'urètre était rétréci en plusieurs points et je conseillai l'usage des bougies, que le malade introduisit lui-même assez souvent. Il y eut une amélioration rapide et soutenue. Après les deux premières introductions, l'urine coula plus facilement ; des ulcérations superficielles qui, depuis plusieurs mois, existaient au gland, disparurent, et la santé devint satisfaisante sous tous les rapports. Mais le désir d'accélérer la dilatation de l'urètre détermina un jour le malade à prendre une bougie trop forte, ou du moins hors de proportion avec la précédente. Le soir même il eut un peu de fièvre, qui revint le lendemain et les jours suivants, mais sans régularité ; bientôt il s'y joignit des douleurs dans les membres, notamment dans la jambe gauche : le malade toussait aussi un peu ; la langue était sèche et rouge. La douleur cessa promptement à la jambe, mais reparut plus forte à l'épaule droite ; ce fut alors qu'on m'appela. Indépendamment de cette douleur scapulaire et de l'état général, je trouvai, au-devant du scrotum, un très-petit abcès superficiel, dont je fis l'ouverture. Quoique l'urine sortît librement, je plaçai une sonde faible dans l'urètre, frappé que je fus des caractères de l'urine, qui était d'un jaune orangé foncé et un peu fétide. Du reste, il y avait à l'épaule une douleur excessive, avec tuméfaction et rougeur considérables. Ces symptômes locaux furent combattus par les antiphlogistiques, que réclamait d'ailleurs l'état général, mais qui n'eurent pas de résultat. Il se forma à l'épaule un vaste abcès,

d'où coula une grande quantité de pus lactescent, mal lié et très-fétide. L'ouverture de ce dépôt ne fut suivie que d'une amélioration incomplète et temporaire ; cependant la suppuration n'était point assez abondante pour épuiser le malade ; il y avait surtout une irritation générale tellement vive que tout repos était impossible : rien ne put le calmer, et je fus même obligé de retirer la sonde. Un petit abcès superficiel s'était formé aussi à la face externe de la jambe gauche ; il s'ouvrit de lui-même, et donna un pus semblable à celui de l'épaule : bientôt la suppuration se tarit de l'un et l'autre côté ; mais l'état s'aggrava de jour en jour, et la mort finit par enlever le malade. On ne fit pas l'ouverture du corps.

» Jusqu'à la fin l'urine conserva sa teinte orangée et sa fétidité. L'état nerveux persista après l'ouverture de l'abcès à l'épaule et l'épuisement du travail inflammatoire, sans qu'on pût découvrir aucune lésion propre à en rendre raison, car le séjour de la sonde ne devint pénible que la veille du jour où l'instrument fut retiré, et l'émission de l'urine eut lieu, comme auparavant, avec facilité et sans efforts : il n'en sortait pas par l'ouverture que j'avais faite à l'abcès situé au-devant du scrotum. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 1re part., p. 512.)

LIVRE DEUXIÈME.

MALADIES DU PÉNIS, DES VÉSICULES SÉMINALES, DES BOURSES ET DES TESTICULES.

CHAPITRE PREMIER.

MALADIES DU PÉNIS.

Ayant exposé avec détails les affections de l'urètre, l'un des éléments constitutifs de la verge, nous n'y reviendrons pas dans ce chapitre, où nous ne parlerons des points déjà traités qu'à l'occasion de lésions qui sont communes à toutes les parties de l'organe.

Nous commencerons par les vices de conformation qui portent, les uns sur l'urètre, il en a été question ; les autres sur les corps caverneux, les plus fréquents sur le prépuce, et quelques-uns sur toute la verge.

ARTICLE PREMIER.

Vices de conformation du prépuce.

a. *Absence du prépuce.* L'agénésie du prépuce est une affection assez rare ; bien qu'il n'en résulte qu'une certaine diminution de la sensibilité du gland et une légère difformité, elle a cependant attiré d'assez bonne heure l'attention des chirurgiens. Ils s'en sont d'autant plus occupés que la circoncision ou la gangrène imitaient en quelque sorte ce vice de conformation en le multipliant. Aussi Celse indique-t-il deux procédés pour y remédier, l'un applicable à l'absence congénitale du prépuce, l'autre à l'absence artificielle ou accidentelle de cet organe.

Le premier consiste à inciser circulairement la peau du pénis au-dessous du gland, pour attirer sur cette partie la moitié du fourreau de la verge ainsi divisé en deux cylindres. Pour maintenir ce nouveau prépuce en position, on en fixait l'ouverture avec un fil sur une sonde introduite dans l'urètre. On interposait de la charpie aux lèvres de l'incision circulaire, pour combler l'espace et les empêcher de se rapprocher. Mais la rétractilité de la cicatrice neutralise tous les efforts de l'art.

Obs. 1re. « Un jeune homme de trente ans voulait absolument que je lui fisse une opération pour faire en sorte de lui recouvrir le gland, que la nature avait privé de son prépuce ; il est vrai que malheureusement je lui avais fait entrevoir la possibilité de la faire et de réussir ; mais je ne lui avais pas moins fait voir tout ce qui pouvait s'opposer à cette entreprise. Les premières idées prévalurent ; je fus obligé de le satisfaire, un peu malgré moi. Je lui avais déjà dit que l'on ne peut régénérer le prépuce, mais que je croyais qu'il était possible de l'allonger, et de le faire passer au delà du gland. Pour y parvenir je fis une incision circulaire de la peau, vers le milieu, dans toute l'épaisseur de la verge ; ensuite je tirai le tégument vers le bout jusqu'à ce que le gland fût couvert, et le milieu de la verge dénudé, l'espace de deux travers de doigt, dans toute la circonférence.

Je pansai cette plaie avec de la charpie sèche, à cause de l'hémorrhagie, et la portion de peau dont j'avais fait le prépuce fut assujettie sur le gland par le moyen d'une bandelette emplastique. Je ne levai l'appareil que le troisième jour, je trouvai tout disposé de manière que le malade et moi ne doutions presque point de la réussite. Le premier appareil fut levé sans causer la moindre douleur; je couvris la plaie de simples plumasseaux de baume d'Arcéus; je continuai de retenir la peau de laquelle j'avais formé le prépuce. La suppuration s'établit, elle fut peu abondante ; les chairs se disposèrent à former la cicatrice ; enfin je criais *victoire* lorsque je m'aperçus de deux choses qui me firent désespérer du succès : la première est que, à mesure que la cicatrice se formait, l'endroit de la verge auquel j'avais, pour ainsi dire, dérobé de la peau, devenait chaque jour plus étroit, c'est-à-dire que la distance entre les deux parties de la peau coupée était moindre de jour en jour. La deuxième chose qui me fit désespérer, c'est que la partie de la peau du côté du gland se gonfla, et que le prépuce factice commençait peu à peu à ne plus couvrir le gland, soit à cause de ce gonflement qui l'empêchait de s'étendre, soit à cause de la cicatrice qui le retirait vers la racine de la verge ; enfin, le malade étant guéri n'eut, pour tout fruit de l'opération que je lui avais faite, que la satisfaction d'avoir eu sept ou huit jours un prépuce. Pendant un an et plus il eut la verge très-difforme ; car la peau du côté du gland, restant gonflée, formait un bourrelet qui s'élevait plus que le gland de la grosseur du doigt. L'endroit de l'incision fut long-temps étroit, et comme étranglé, par la cicatrice dure qui s'y forma ; mais, comme le malade était fort et vigoureux, ses fréquentes érections l'élargirent, et la verge prit sa forme naturelle, ou, pour mieux dire, celle qu'elle avait avant cette opération infructueuse. Mais, comme je l'ai dit, je me déterminai à la faire, moins par une possibilité apparente de réussir que par les empressements du malade ; je n'aurais cependant point cédé à son sentiment sans une disposition favorable dans laquelle était la partie, disposition qui se trouve rarement chez ceux à qui le prépuce manque. Celui-ci avait le frein ou filet fort long, au lieu qu'on sait que la plupart de ceux qui naissent sans prépuce naissent sans frein. Dans ceux-ci il est rare que l'orifice de l'urètre se trouve au milieu du bout du gland ; ils ont presque tous cette ouverture dans l'endroit où devrait être la racine du frein, c'est-à-dire dans le creux qui se trouve entre les deux lobes du gland, précisément dans la fosse naviculaire. De plus, ils ont la peau très-mince en cet endroit, et tout le voisinage du trou de l'urètre semble une cicatrice enfoncée, comme s'il y avait eu un ulcère en ce lieu. Dans des dispositions pareilles l'opération dont il s'agit ne peut avoir lieu, parce que, après l'incision circulaire, comme je l'ai faite dans le cas précédent, la peau adhérente au trou de l'urètre ne pourrait passer par-dessus pour recouvrir la partie inférieure du gland. Je conclus donc que, dans l'un et dans l'autre cas, il ne faut point faire l'opération, quoique je l'aie faite. J'ai cru devoir faire part du mauvais succès pour prévenir ceux qui auraient dessein de faire dans la suite de pareilles tentatives. » (J.-L. Petit, *Œuvres complètes*, p. 711.)

Dans le second procédé, au lieu d'inciser la peau du pénis, on en détache la face interne de tout le pourtour du gland; on attire ensuite l'ouverture de ce fourreau ainsi mobilisé au devant du méat urinaire, où on le fixe également sur une sonde passée dans le canal.

Ces deux opérations sont justement tombées en désuétude, par la raison bien simple, mais péremptoire, qu'elles ne réussissent pas.

Quelquefois l'agénésie du prépuce est incomplète ; on a vu cet organe réduit à un lambeau qui recouvrait seulement la partie dorsale du gland.

Obs. 2. Un nouveau marié alla consulter J.-L. Petit pour un cas de cette espèce. Toutes les parties latérales et inférieures du prépuce manquaient. Ce qu'il y avait de prépuce tombait sur le gland et en dépassait l'extrémité d'un travers de doigt. Cette espèce de pendeloque, comme l'ap-

pelle J.-L. Petit était large de vingt-cinq millimètres à sa base, et se terminait en cylindre comme une seconde verge, qui, quoique petite et sans érection, incommodait fort ce jeune marié *lorsque en cette qualité il faisait ses fonctions.* Ce lambeau fut reséqué et le sujet put bientôt *réparer le temps qu'il avait perdu* (voy. J.-L. Petit, *loc. cit.*).

Dans un autre cas observé par le même chirurgien, la partie dorsale du prépuce existait encore seule, mais elle n'était pas allongée sur le gland dans le sens de l'axe de la verge ; elle était au contraire retirée à la base du gland, où elle formait un bourrelet transversal qui rendait le coït difficile et douloureux. Le sujet ne voulut point se résoudre à l'opération ; « mais, ajoute J.-L. Petit, je suis assuré qu'il y a long-temps qu'elle aurait été faite s'il n'avait pas épousé une veuve.»

Enfin, dans quelques cas, la lacune que présente le prépuce est aussi petite que possible ; il ne manque que la réunion dorsale des deux moitiés latérales ; c'est, comme le dit encore J.-L. Petit, qui a réduit ses successeurs à le copier ou à l'analyser sur ce sujet, c'est comme le bec-de-lièvre du prépuce. Ainsi qu'à la lèvre, la division est plus ou moins étendue ; elle peut comprendre toute la longueur du prépuce jusqu'à la base du gland, ou n'offrir qu'une coche dont le sommet ne s'éloigne pas de l'orifice. Peu prononcée, cette difformité non-seulement n'exige pas l'opération, mais la contre-indique. En effet, la portion du prépuce qui correspond à sa division pourrait, après la réunion de sa fente, n'avoir pas assez de longueur pour laisser passer librement le gland ; la suture exposerait au phimosis et au paraphimosis. La même raison fait que, lorsque la fente règne dans toute la longueur du prépuce, il ne faut pas la réunir jusqu'à son bord libre, mais laisser dans ce point une échancrure qui laisse un diamètre suffisant à l'orifice du prépuce. On fait alors une opération analogue à celle du bec-de-lièvre ; avec cette différence qu'on ne rafraîchit les lèvres de la fente que dans l'étendue où on veut obtenir la réunion, et qu'on peut et qu'on doit même recourir à une suture plus simple qu'à l'entortillée ; celle à surjet ou celle à anse vaut mieux.

b. *Phimosis.* Nous venons de voir un vice de conformation du prépuce dans lequel le gland n'était point ou n'était qu'incomplétement recouvert ; dans le phimosis le gland est recouvert d'une manière permanente, l'ouverture du prépuce étant trop étroite pour passer librement sur le gland.

Dans un passage que Boyer est loin d'avoir perfectionné en le reproduisant sans en avertir le lecteur, J.-L. Petit a parfaitement exposé la nature de ce vice congénital..

« Les enfants naissent presque toujours avec l'ouverture du prépuce trop étroite pour qu'on puisse entièrement découvrir le gland ; cette conformation n'est pas vicieuse à un certain degré, ou du moins elle se répare quelquefois d'elle-même à mesure que l'enfant croît, de sorte que, lorsqu'il atteint l'âge de douze à quinze ans, temps où l'érection commence à être forte, la verge s'allonge et le gland dilate le prépuce.

» Il y a cependant des cas où l'érection ne suffit pas pour dilater le prépuce, comme lorsque le rétrécissement est considérable et que le frein ou filet du gland est fort court ; car alors, plus l'érection est forte, plus le gland se tourne vers le bas, de sorte que, au lieu de se présenter au trou du prépuce par son bout, il s'y présente par sa partie large, ce qui ne peut si bien opérer la dilatation que s'il s'y présentait par son extrémité, laquelle étant de figure conique, y entrerait, le dilaterait peu à peu, et pour ainsi dire imperceptiblement.

» Dans le cas même où l'ouverture du prépuce ne serait pas considérablement étroite, il y a une autre circonstance qui mettrait un grand obstacle à la dilatation, c'est lorsque le prépuce est trop long ; car alors il obéit à l'érection, il s'étend et prête sans résister à mesure que la verge s'allonge ; de sorte que, le gland ne faisant point d'effort contre l'ouverture du prépuce, celle-ci ne peut se dilater. » (J.-L. Petit, *OEuvres complètes*, p. 689.)

Il peut arriver que, dans ce dernier cas, le prépuce, outre son excessive

longueur, ait la partie qui tient à son orifice en même temps rétrécie, et qu'elle forme, suivant l'expression de M. Vidal de Cassis, comme un *ajoutage* à l'urètre.

« Son ouverture, dit cet auteur, est parfois très-étroite, l'urine est en partie retenue dans sa cavité et il faut pour l'évacuer entièrement comprimer sur la tumeur qu'elle détermine. C'est là une première cause de rétention d'urine, c'est peut-être la plus simple, la plus bénigne. Les faits qui se rapportent à ces anomalies ne sont pas rares. Je connais un enfant de dix ans qui en offrait un exemple très-remarquable. Ce qu'il y avait de plus extraordinaire chez lui c'était le rétrécissement de toutes les ouvertures naturelles du corps. Les narines en particulier semblaient percées avec une petite vrille, la bouche était très-peu fendue. Il paraît aussi que la glotte était trop étroite, puisque par la moindre irritation du larynx il survenait une toux, une altération de la voix et une suffocation qui simulaient le croup. Dans l'état de santé, la voix était très-grêle. » (Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, t. v, p. 634.)

Nous avons établi (voyez Rétention d'urine, *Bibliothèque du médecin-praticien*, t. iv, p. 524) qu'au lieu d'une simple étroitesse l'orifice du prépuce peut présenter une véritable oblitération congénitale; il est imperforé, et alors il y a à un degré plus élevé rétention d'urine dans le prépuce, puisque cette rétention est complète. Nous ne pouvons ici que renvoyer à l'article que nous venons de citer; il ne nous serait pas permis de revenir sur ce point sans tomber dans d'inutiles redites.

Du phimosis congénital nous devons nécessairement rapprocher le phimosis accidentel, qui n'en diffère que par la cause. Cette cause est tantôt une éruption cutanée, telle qu'un eczéma chronique; tantôt un ulcère vénérien ou cancéreux, ou la cicatrice qui succède à la guérison de ces ulcères, guérison obtenue avec ou sans opération, suivant la nature du mal.

J.-L. Petit fait observer avec raison que le phimosis accidentel, déterminé par des chancres sur le gland, à la face interne du prépuce ou par des végétations qui occupent le même siége, n'arrive guère qu'à ceux qui ont naturellement le prépuce étroit.

Que le phimosis soit congénital ou accidentel, il peut se compliquer de l'accumulation de la matière sébacée dans la cavité du prépuce, matière sébacée qui acquiert quelquefois par son séjour des propriétés irritantes et réagit ainsi sur l'appareil génital interne en déterminant des pertes séminales involontaires. Nous allons donner l'extrait d'une observation qui offre un exemple de l'accumulation de la matière sébacée dans un prépuce à orifice étroit, et de l'effet de cette matière sébacée sur la production de la spermatorrhée.

Obs. 3. « *Prépuce très-long; organes génitaux rudimentaires, constitution délicate; masturbation précoce, mais peu répétée; impuissance absolue depuis dix-neuf ans jusqu'à vingt-neuf; altération profonde de la santé; pertes séminales pendant l'émission des urines et des matières fécales. — Excision du prépuce, cautérisation de la portion prostatique de l'urètre, guérison très-prompte et complète.*

« Dans les premiers jours de mai 1824, je fus consulté par M. A..., médecin, d'une petite taille et d'une constitution très-délicate. Il avait la voix faible et efféminée, la démarche timide et l'air embarrassé. Après quelques mots obscurs sur sa maladie, il me remit la note suivante.

» Agé de vingt-neuf ans, issu de parents sains, mais né faible et maladif, je suis sujet, depuis mon enfance à de fréquentes indispositions, telles que catarrhes pulmonaires, toux opiniâtre, vertiges, éblouissements, maux de tête, débilité extrême, lassitudes spontanées, insomnies accablantes. Ma poitrine a toujours été très-faible; peut-être aussi a-t-elle été fatiguée par le chant, que j'aimais beaucoup. A dix ans, j'eus le malheur de *trouver* la masturbation, et depuis je m'y suis livré pendant plusieurs années, mais à des intervalles fort éloignés.

» A l'âge de dix-neuf ans, le hasard m'offrit une bonne fortune; je voulus en profiter. Mais, assiégé par un pressentiment sinistre, je tombai dans un

abattement extrême ; non seulement il ne put y avoir introduction, mais il n'y eut pas même érection. La verge resta constamment d'une flaccidité complète. Pendant un mois, les mêmes circonstances favorables se présentèrent, sans que l'acte pût être consommé. Cependant l'érection eut lieu quelquefois, mais d'une manière incomplète ; et, si je voulais en profiter, j'étais arrêté tout à coup par une douleur vive à la racine de la verge, ou par le relâchement subit des parties. Enfin, dans tous ces efforts impuissants, je n'éprouvai pas la moindre jouissance ; ils ne furent jamais accompagnés ni suivis d'éjaculation. Il en résulta une maladie qui dura cinq semaines, je ne sais trop comment la caractériser ; mais je crois que c'était de l'épuisement.

» Après mon rétablissement, je restai dans la même impuissance. Je confiai mon état à un de mes amis, étudiant en médecine, qui me fit une légère incision au frein de la verge. Cette opération fut absolument sans résultat. Un an après, je contractai des liaisons très-intimes avec une jeune personne que j'avais l'occasion de voir fort souvent. Ces rapports consistèrent forcément en des jouissances artificielles et réciproques, les seules que je pusse goûter et procurer. Au bout de huit mois, je retombai dans un état de faiblesse extrême ; j'eus de fréquentes épistaxis, et je cessai ces manœuvres dangereuses ; six mois après, j'avais repris quelques forces et le désir des femmes.

» Désespéré de ne pouvoir le satisfaire, je consultai le docteur Sernin, de Narbonne, qui attribua mon impuissance à la crainte et à la timidité. Cependant, comme je toussais beaucoup et ne dormais presque pas, M. Sernin me prescrivit des bouillons pectoraux et un régime adoucissant, qui me calmèrent pendant quelque temps, sans cependant produire aucun changement dans l'état des parties.

» En 1820, j'étudiai la médecine dans l'espoir d'y trouver la cause de mon malheur ; mais, avant tout, je résolus de m'assurer s'il tenait réellement à une influence morale, et je m'adressai à une femme incapable de m'intimider. Malgré son expérience, elle ne put me procurer qu'un plaisir mensonger, mêlé de douleur et terminé par l'écoulement de quelques gouttes d'un liquide aqueux. Depuis cette époque, j'ai passé trois ans sans avoir le courage de tenter d'autres essais.

» En 1823, le professeur Fages me conseilla des lotions froides sur les parties génitales, avec l'eau vinaigrée. Plus tard, le professeur Delpech me fit une incision au prépuce, et me conseilla de prendre plus de confiance en moi-même ; mais je sens que je n'ai éprouvé aucun changement. Je dois vous faire observer que les toniques ne m'ont jamais réussi, et que les rafraîchissants ne me conviennent pas non plus pendant long-temps.

» Je n'ai jamais éprouvé une très-grande ardeur pour le sexe, soit par apathie naturelle, soit par sentiment de mon impuissance. Je n'ai jamais eu de pollutions nocturnes. Bien souvent, près d'une femme qui me plaisait, ou à la suite d'une pensée voluptueuse, je me suis senti mouillé, mais c'était bien peu de chose. Plus j'avance, plus il me semble que l'érection est difficile et incomplète. Autant que je puis m'en souvenir, dans le principe, l'émission avait lieu pendant l'érection, ensuite elle s'est opérée pendant le relâchement qui succédait à la masturbation. Le sentiment de plaisir était très-faible, et le gland restait tuméfié et douloureux pendant quelque temps. J'urine très-souvent, surtout après les repas, et quelquefois avec une sorte de plaisir. Le premier jet est toujours très-clair, mais les dernières gouttes sont plus épaisses, comme visqueuses ; elles sortent difficilement, et me causent quelquefois de la douleur le long du canal.

» Depuis dix jours je suis dans une position affreuse ; j'aime et je suis payé de retour. J'ai tout obtenu excepté la dernière faveur, que j'ai faiblement sollicitée, dans la crainte de l'obtenir. Que dois-je faire ? Quelle est la cause de mon état ? Dépend-il d'une faiblesse originelle ? Est-il le résultat de l'onanisme ? je ne m'y suis cependant livré que bien

rarement. La crainte peut-elle produire un pareil effet? »

« L'examen des parties génitales confirma l'opinion que je m'étais formée en lisant cette consultation. La verge était très-petite et comme perdue au milieu des poils ; le prépuce, en partie divisé, plus long que les corps caverneux, formait, de chaque côté, de nombreux replis, sous lesquels était accumulée une grande quantité de matière sébacée ; les testicules étaient aussi peu développés que ceux d'un enfant de huit à dix ans ; le bassin était très-large et contrastait, par son évasement, avec l'étroitesse de la poitrine ; les hanches formaient une saillie aussi prononcée que chez une femme de même taille ; l'urètre paraissait d'une sensibilité excessive, surtout depuis le bulbe jusqu'à la vessie, et la sonde fut arrêtée plusieurs fois par des coarctations spasmodiques, la prostate avait son volume ordinaire ; cependant, elle était douloureuse à la pression.

» Je conseillai à M. A*** l'excision complète du prépuce, et la cautérisation de la portion prostatique du canal. Il demanda du temps pour y réfléchir. Je ne le revis que plusieurs mois après, et je le trouvai beaucoup plus mal.

» N'ayant pu renoncer à l'espoir qui s'offrait sans cesse à son imagination, il avait consulté plusieurs praticiens ; et, d'après le conseil de l'un d'eux, professeur distingué, il avait fait usage d'une infusion de cantharides dans du vin de Malaga, deux heures avant le rendez-vous. Il en avait éprouvé la plus grande agitation ; son corps s'était couvert d'une sueur abondante ; mais jamais il n'avait été plus complétement impuissant. La nuit s'était passée dans une espèce de délire, qui avait fini par une pollution abondante, sans érection ni plaisir.

» Depuis lors, il avait perdu le sommeil et l'appétit ; ses jambes pouvaient à peine le soutenir. Du reste, il avait constamment observé dans ses urines un nuage épais, qui tombait au fond du vase, comme le dépôt d'une décoction d'orge concentrée. Les dernières gouttes qui sortaient du canal, étaient filantes, visqueuses entre les doigts ; il prétendit même avoir senti distinctement le sperme passer avec les urines, en produisant dans le canal une titillation mêlée de plaisir et de douleur. Enfin, il avait constaté plusieurs fois l'expulsion d'une quantité plus ou moins considérable de sperme pendant les efforts de la défécation.

» Ces renseignements me firent insister sur mes premiers conseils ; mais le malade manqua encore de résolution. Pendant un mois, il essaya différentes préparations aphrodisiaques, qui ne firent qu'aggraver de plus en plus sa position.

» Enfin, la circoncision et la cautérisation furent pratiquées, et leurs effets dépassèrent mes espérances. Avant que la cicatrice du prépuce fût terminée, les érections étaient assez énergiques pour causer des tiraillements douloureux. Depuis lors, les urines restèrent parfaitement transparentes ; aucune perte séminale ne reparut pendant la défécation. Le rétablissement s'acheva sans accident, et M. A*** partit, au bout d'un mois, dans un état de joie qui tenait du délire.

» Depuis quinze ans que ces notes ont été recueillies, j'ai souvent eu l'occasion de revoir M. A***, qui exerce la médecine dans une petite ville des environs. Chaque fois, il est entré avec moi dans les plus grands détails sur son état, et j'ai eu la satisfaction d'apprendre que sa guérison ne s'était pas un instant démentie. Ce résultat est bien remarquable quand on pense que l'impuissance la plus absolue avait été constatée sans interruption, pendant dix années consécutives, par une série d'essais déplorables, bien propres à aggraver encore l'état fâcheux dans lequel étaient tombés des organes aussi peu développés.

» La chétive constitution de ce malade a fait croire que son impuissance absolue et prolongée était due à la faiblesse de ses organes rudimentaires, et l'illusion était plus naturelle que dans le cas précédent, à cause de l'absence constante et remarquable de toute pollution nocturne. Cependant, les pollutions diurnes elles-mêmes n'étaient pas dues au relâchement des canaux éjaculateurs.

» En effet, les toniques, les lotions froides, etc., n'ont jamais produit de bien ; les aphrodisiaques ont toujours été

très-funestes ; les adoucissants, les rafraîchissants, au contraire, ont souvent été utiles, du moins momentanément. D'un autre côté, le malade était tourmenté par un besoin fréquent d'uriner. Dans ces tristes tentatives de coït, il était arrêté tout à coup par une douleur vive à la racine de la verge. Après d'autres manœuvres plus déplorables encore, le plaisir était mêlé de douleur, le gland restait tuméfié et douloureux ; la sensibilité de l'urètre était excessive ; elle déterminait des contractions spasmodiques, qui s'opposaient au passage de la sonde ; enfin, la prostate était douloureuse à la pression. Ces pertes séminales étaient donc évidemment entretenues par un état phlogistique très-prononcé.

» L'accumulation de la matière sébacée entre ce long prépuce et le gland, a probablement été la cause première de cet état de la membrane muqueuse. Dans les observations précédentes, il n'en existait pas d'autres, et cependant l'irritation s'est propagée jusqu'aux testicules et même jusqu'aux reins, comme chez ce dernier malade. Il est vrai que celui-ci a connu la masturbation, mais il ne s'y est livré que très-rarement. D'ailleurs, comment a-t-il pu y être poussé, à l'âge de dix ans, avec une constitution délicate et maladive, avec des organes aussi rudimentaires ? Il faut qu'il y ait été entraîné par une irritation morbide, et l'irritation est suffisamment indiquée par le *gonflement* et la *douleur* dont le gland était souvent le siége.

» Ainsi, en tenant compte de l'influence que ces rares abus peuvent avoir exercée sur la production de cette phlogose de l'urètre, il faudrait encore les regarder comme secondaires. La cause première serait toujours la matière sébacée retenue à la surface du gland. » (Lallemand, *Des pertes séminales involontaires*, t. II, p. 107.)

La balanite occasionnée par la matière sébacée peut amener une autre complication, c'est l'adhérence du prépuce au gland, comme dans le cas suivant rapporté par J.-L. Petit.

Obs. 4. « Un jeune homme vint me consulter sur ce que, depuis quinze jours qu'il était marié à une jeune veuve, il n'avait pu consommer le mariage ; il était novice, et n'avait jamais connu d'autres femmes que la sienne ; mais celle-ci ayant plus d'expérience que lui, s'aperçut bientôt qu'il n'était pas conformé comme son premier mari, et lui conseilla de me consulter. Il se plaignait de ce que, lorsqu'il voulait introduire la verge, il souffrait, et faisait souffrir sa femme : l'ayant examiné, je connus d'abord que la grosseur de la verge n'était point la cause du cas dont il s'agissait : le prépuce était adhérent au gland, et il me parut l'être dans toute son étendue, excepté environ une ligne à la circonférence du trou de l'urètre. Je conçus que la verge ne pouvait glisser contre les parois de la vulve, et que, faisant effort pour l'introduire, il en résultait deux choses : la première, que l'ouverture de l'urètre était violemment tirée dans tous les points de sa circonférence, et lui causait beaucoup de douleur ; la seconde, c'est que, la verge ne pouvant glisser contre les parois de la vulve, celle-ci était poussée dans le vagin, et causait aussi beaucoup de douleur à la femme. L'ayant visitée elle-même, j'observai qu'elle avait les nymphes si longues que, dans l'action, elles se renversaient dans le vagin, parce qu'elles étaient poussées avec violence par la verge. Je commençai par faire l'opération qui convenait à la femme, et peut-être je ne l'aurais pas faite au mari s'il s'était contenté du moyen que je lui indiquais pour introduire la verge, et ne sentir aucune douleur dans l'introduction : c'était le blanc d'œuf dont la femme devait mouiller la vulve ; l'entrée en devenait glissante, et la verge s'introduisait avec plus de facilité ; mais, soit qu'ils se fussent rebutés l'un et l'autre d'un préliminaire qui gênait leur passion, soit que le mari fût plus instruit sur le plaisir que le gland découvert procure, il voulait absolument être opéré. La cause de l'adhérence du prépuce était un phimosis que le jeune homme avait dès sa naissance : on avait négligé de lui faire l'opération, laquelle, dans le temps, n'eut été qu'une bagatelle. Dès l'âge de sept à huit ans il fut sujet à des suppurations entre le prépuce et le gland, qui revenaient souvent, et qui furent enfin sui-

vies de l'adhérence des parties excoriées.» (J.-L. Petit, *Œuvres comp.*, p.691.)

On conçoit que l'inflammation résultant d'un calcul du prépuce peut aussi donner lieu à des adhérences entre cette membrane et le gland congénital ou accidentel. Le phimosis qui n'est pas porté assez loin pour gêner l'excrétion de l'urine ou pour rendre le coït douloureux, ou enfin qui ne se complique ni de calcul ni de matière sébacée dans la cavité du prépuce, est une difformité légère dont tout l'inconvénient fonctionnel est de diminuer un peu la sensibilité du gland. Alors c'est le malade plutôt que la maladie qui peut exiger l'opération. Cependant, s'il était bien établi que, suivant l'opinion de Hey et du professeur Roux, le phimosis soit la cause la plus ordinaire du cancer du pénis, le pronostic prendrait, comme on le pense bien, un tout autre caractère; mais, en général, le phimosis est si peu de chose, que la plupart de ceux qui en sont affectés n'y pensent pas.

L'opération du phimosis simple est très-facile. Elle consiste dans l'incision ou dans l'excision du prépuce.

1° *Incision.* Le débridement du prépuce trop étroit se fait à la partie dorsale du pénis et à la partie inférieure.

L'incision dorsale était le plus généralement pratiquée, jusque dans ces derniers temps. Lorsque l'ouverture du prépuce offre une certaine largeur, rien n'est plus aisé que cette petite opération. De la main gauche on retire la peau de la verge du côté du pubis, de la droite on glisse à plat, à la face interne du prépuce, jusqu'à la base, un bistouri étroit et boutonné, garni d'une petite boule de cire huilée. On tourne le tranchant en haut et en abaissant le manche de l'instrument, on en fait saillir la pointe à travers la base du prépuce. Un double mouvement concourt à diviser cette membrane, celui du chirurgien qui ramène le tranchant vers lui, et celui du malade qui se retire par l'instinct qui porte à fuir la douleur.

Si l'orifice du prépuce était trop étroit pour se prêter à cette manœuvre, on introduirait une sonde cannelée entre la membrane et le gland, et l'on ferait l'incision de dedans en dehors, ou de dehors en dedans, en commençant par le bord ou par la base du prépuce.

L'incision inférieure, déjà conseillée par Celse, et remise en honneur par le professeur J. Cloquet, se pratique sur le côté du frein de la même manière que l'incision dorsale; il n'y a de changé que le point où porte l'instrument. L'incision dorsale laisse de chaque côté une sorte d'oreille difforme; l'incision inférieure n'a point cet inconvénient et mérite la préférence sur la précédente, que quelques chirurgiens perfectionnaient en réséquant totalement ou partiellement les pendeloques latérales, comme les appelle J.-L. Petit.

2° L'*excision* du prépuce porte, comme on sait, le nom historique de circoncision. Elle se pratique de plusieurs manières dont la plus simple consiste à limiter, avec une pince à pansement ou avec la pince à pression continue de M. Vidal; saisissant le prépuce en travers, la partie qu'on veut enlever, et à couper la membrane ainsi tendue entre la pince et le gland. La muqueuse n'est jamais coupée aussi loin que la peau; les rabbins achèvent la division de la muqueuse en la déchirant avec les ongles, il est moins douloureux et plus chirurgical de se servir du bistouri ou de grands ciseaux.

A l'excision, M. Vidal de Cassis joint la suture. Voici le procédé de ce chirurgien.

Le prépuce étant attiré sur le gland, on passe à l'aide de deux aiguilles deux fils en croix à travers le prépuce, au-dessous du point où l'on veut faire porter l'excision. Cette excision est faite d'un coup de ciseaux. On coupe les deux fils au niveau de leur entre-croisement: on a ainsi quatre fils indépendants passés un peu au-dessous de la surface saignante, ayant un de leurs bouts du côté de la peau et l'autre du côté de la muqueuse. On noue ensemble les deux extrémités de chacun de ces fils, et l'on a alors quatre points de suture, et sur toute la circonférence de la plaie une réunion de deux membranes tégumentaires. Ce procédé, que nous avons vu exécuter, donne un bon résultat.

Lorsque le phimosis se complique de chancres vénériens, J.-L. Petit veut qu'on incise le prépuce sur la partie

dorsale, si on ne peut découvrir les chancres pour les panser ; M. Vidal de Cassis restreint cette indication aux cas d'urgence, par la crainte souvent réalisée de voir l'incision elle-même devenir chancreuse.

Si le prépuce très-informe présentait un point gangréneux, c'est dans cette direction qu'il faudrait faire porter l'incision, en imitant le célèbre auteur qui rapporte le fait suivant :

Obs. 5. « Un manant ayant frayé un mauvais lieu, fut surpris de ce que quelques jours après, il sentait une douleur piquante dans le bouton de la verge (c'est ainsi qu'il nommait le gland) ; il le fut bien davantage lorsqu'il se trouva dans une érection continuelle, qui l'empêchait de dormir et, qui pis est, de travailler ; car il ne vivait que de son labeur quotidien. Dans cet état, il fut trouver un frater des gardes, qui le saigna plusieurs fois et lui appliqua des fomentations émollientes, dont il ne fut point soulagé. La verge enfla si considérablement qu'elle serait tombée en mortification s'il n'eût été secouru. Il me vint trouver malgré la peine qu'il avait à marcher : quoique toute la verge fût enflée, il y avait certains endroits plus élevés, de sorte qu'elle ne gardait pas sa rectitude. Le prépuce était presque clos, et il était élevé du côté droit, formant une tumeur grosse comme un œuf, de couleur brune, ayant un point noir au milieu. Ce pauvre malheureux avait perdu beaucoup de sang toute la nuit, et il en perdait encore un caillot de la longueur du doigt, qui se détacha en le tirant, ce qui occasionna une hémorrhagie plus considérable que celle qu'il avait eue pendant la nuit. J'introduisis une sonde creuse dans l'ouverture du prépuce ; je la poussai le plus en avant qu'il me fut possible sans rien forcer, en la plaçant sous la tache noire, afin que cette tache fut comprise dans l'incision que je fis, en introduisant un bistouri long et étroit dans la cannelure de la sonde, et en coupant tout ce qui y était compris. On voit que cette incision était latérale, et que, pour soulager le malade, je ne pouvais la faire ailleurs : en effet, je découvris la tumeur par son sommet et je coupai par le milieu la tache noire, qui était la marque extérieure de la gangrène. Je trouvai cette gangrène bien plus considérable dans le dessous du prépuce, qui était noir et pourri ; je tirai un gros caillot de sang qui entourait le gland, et je vis un chancre de huit lignes de diamètre placé dans les plis du prépuce et sur la couronne du gland, qui en était rongé : du fond de ce chancre était sorti tout le sang que le malade avait perdu, et il en aurait perdu encore si je ne l'avais arrêté de la manière que je l'ai dit ci-dessus. Le malade fut guéri du phimosis, de la vérole qu'il avait, en passant par les remèdes, et de la faim par mes soins charitables. » (J.-L. Petit, *Œuvres complètes*, p. 702.)

La simple opération du phimosis a quelquefois réussi dans des cas où la maladie paraissait de nature suspecte, comme dans le suivant, que nous empruntons encore à J.-L. Petit. Le phimosis était accidentel et consécutif à une inflammation spontanée de la peau de la verge.

Obs. 6. « Un cocher de fiacre me consulta pour une semblable maladie ; plusieurs choses avaient contribué à la rendre bien plus fâcheuse. La première était la nécessité où il était de continuer son métier, si contraire à sa guérison. La seconde sont les résolutifs et les maturatifs les plus puissants dont il faisait usage depuis un mois, sans que la tumeur eût diminué, ni se fût amollie ; au contraire, elle était beaucoup plus grosse, plus dure, et si douloureuse qu'il ne pouvait souffrir que sa chemise le touchât. Toute la verge était rouge et gonflée ; il ressentait des élancements fort vifs et très-fréquents, mais il n'y avait aucune apparence de suppuration. Je lui conseillai les bains, les douches, les fomentations, les cataplasmes émollients et surtout la saignée, la diète et le repos. Il suivit mal mon conseil, parce qu'un charlatan, à qui on le fit voir, promit de le guérir avec un emplâtre fondant, dont il faisait un secret ; il en usa pendant un mois : cet emplâtre était un mélange de plusieurs, entre lesquels dominait le diabotanum. Un remède si contraire, joint à ce que les saignées ne

furent point faites et que le malade ne suivit aucun régime, mirent le pauvre homme dans un état déplorable : il eut encore recours à moi. Je m'informai de tout ce qui s'était passé, et j'appris que, quelques jours après l'application de l'emplâtre, la tumeur s'était accrue de moitié ; que les élancements avaient été plus forts et plus fréquents, et que le charlatan faisait espérer que la suppuration terminerait bientôt un si grand mal ; que le pus s'évacuerait par une ouverture que ferait son emplâtre ; qu'il se donnerait bien garde de la faire lui-même, parce que, disait-il, il ne fallait pas que le fer y touchât. Le quinzième jour de l'application de cet emplâtre il parut une pustule brune, de la grandeur d'un liard, sur le milieu de la peau du prépuce. Cet événement nouveau ne fit point changer de manœuvre ; la noirceur de la pustule augmenta ; elle commença de se séparer le 20, et le fut entièrement deux ou trois jours après. On s'attendait, ainsi que le disait l'empirique, qu'il sortirait une quantité considérable de pus par ce trou, et cette évacuation devait procurer la guérison ; mais on fut bien surpris de voir que, au lieu de pus, une excroissance de chair dure, brune et saigneuse, boucha le trou, s'éleva, s'accrut, et s'épanouit comme un champignon à la circonférence du trou qui lui donnait passage, et qui l'étranglait au point que, lorsque je vis ce champignon, qui imitait le carcinome, il était large comme la main, pendant que l'ouverture par laquelle il sortait n'avait pas plus de sept à huit lignes de diamètre. La première chose que je fis fut d'emporter cette excroissance en coupant son pédicule au ras de la peau ; ensuite j'introduisis une sonde creuse dans l'ouverture ; je la fis sortir par l'ouverture naturelle du prépuce, et, avec un bistouri droit, je coupai le prépuce dans son milieu ; alors je découvris le gland, qui heureusement n'était point adhérent au champignon, et qui n'avait souffert que par la compression que le corps étranger lui avait faite ; j'emportai presque tout le prépuce afin de ne laisser aucune portion de ce qui pouvait être altéré. Les choses se passèrent bien, et j'ose dire mieux que je ne l'espérais, car je ne pouvais me persuader que cette maladie ne fût au moins vénérienne, malgré les protestations que le malade me faisait de n'avoir de sa vie approché du sexe de près ni de loin. » (J.-L. Petit, *Traité des maladies chirurgicales*, pag. 708.)

Le cas le plus difficile qui puisse se présenter, est celui où des adhérences unissent le prépuce au gland. Lorsque ces adhérences sont intimes, il faut en quelque sorte sculpter le gland par la dissection la plus délicate.

Il est évident qu'ici la circoncision est impraticable, il faut donc recourir à l'incision longitudinale pratiquée sur le côté du frein où l'adhérence ne portera pas, ou enfin là où elle n'existera pas, si elle a envahi le siége d'élection de l'opération.

Voici comment procéda M. Vidal de Cassis dans un cas qu'il rapporte :

Obs. 7. « Il y a peu d'instants, j'ai opéré l'enfant d'une nourrice de Lourcine. Des irritations répétées avaient déterminé une inflammation du prépuce, qui avait eu pour résultat des adhérences très-solides. J'ai opéré, en procédant de la peau vers la muqueuse. J'ai d'abord fait une incision selon le plus grand diamètre du gland ; puis j'ai passé la pointe des ciseaux sous chaque adhérence, que je divisais à mesure. Il y en avait d'assez lâches pour que leur division fût facile, d'autres étaient assez serrées pour m'obliger à emporter la muqueuse du gland, ce qui donnait lieu à une effusion de sang assez considérable. » (Vidal, *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, t. v, p. 58.)

Il faut bien qu'on sache que ces opérations sont longues et douloureuses, et très-laborieuses si l'adhérence est serrée, intime et générale. Pour ne pas empiéter sur le gland, J.-L. Petit faisait pincer la peau du prépuce d'un côté et la pinçait de l'autre entre le pouce et l'indicateur de la main gauche ; puis il coupait longitudinalement dans le milieu, non seulement toute la peau, mais il approchait de la muqueuse du gland le plus possible, et, pour le mieux distinguer du tissu du gland, il faisait tirer

l'un des angles de la plaie pendant qu'il tirait l'autre en sens contraire ; la membrane du gland se tend, tandis que le gland lui-même reste mou. « Cette tension de la membrane, ajoute J.-L. Petit, fait aussi qu'on la coupe plus facilement, et l'on reconnaît qu'on a coupé toute son épaisseur, à ce que dans les endroits où elle est entièrement coupée, elle s'écarte plus que dans les autres. En faisant avec dextérité et patience cette manœuvre, j'achevai de couper la membrane sans endommager le gland, et alors il ne s'agit plus que de séparer les adhérences, ce que je fis avec facilité, mais en causant beaucoup de douleur, parce qu'on ne peut séparer le prépuce qu'en tirant comme si l'on écorchait une anguille. » (J.-L. Petit, *loco cit.*, p. 700.)

Le passage de J.-L. Petit manque de la clarté ordinaire de l'auteur ; par la membrane dont il parle, on doit entendre la muqueuse du prépuce.

c. Une complication du phimosis qui mérite être traitée à part, c'est le *paraphimosis*. Le paraphimosis est l'étranglement de l'orifice du prépuce sur la racine du gland.

Il peut se produire de trois manières principales : 1° dans l'érection le gland s'engage dans l'orifice trop étroit du prépuce et le force ; 2° la pression et le frottement qu'éprouve le prépuce dans le coït pendant l'introduction peuvent également découvrir violemment le gland ; 3° le sujet dans des tentatives inspirées par des motifs divers, amène quelquefois de sa main le même résultat.

L'orifice du prépuce forme à la base du gland une espèce de ligature qui l'étrangle, mais qui s'étrangle surtout elle-même. Le gland se gonfle, mais c'est particulièrement sur le prépuce que se manifestent les effets de la constriction, particulièrement sur la muqueuse.

« Le bourrelet circulaire, plus ou moins gros, formé par la membrane interne du prépuce, dépend de l'infiltration de la sérosité dans le tissu cellulaire sous-jacent, il est luisant, inégal et bosselé. L'inflammation s'empare bientôt de ce bourrelet et du gland, mais elle est rarement considérable lorsque le paraphimosis survient chez une personne qui a un chancre vénérien sur le gland. Dans ces cas, la constriction exercée sur la verge par le bord de l'ouverture du prépuce est si forte, qu'elle peut non seulement faire tomber en gangrène les parties qui sont au-dessous, mais causer une rétention d'urine fâcheuse. Il est rare cependant que la gangrène s'empare du gland ; elle se borne presque toujours au bourrelet formé par la membrane interne du prépuce, qui se trouve détruit ainsi que le rétrécissement : phénomène que l'on peut regarder comme une guérison naturelle. » (Boyer, *Traité des maladies chirurgicales, et des opérations qui leur conviennent*, t. x, p. 342.)

Lorsque le malade se présente sitôt après l'accident, quand il n'y a point encore de bourrelet, et que la verge n'est point en érection, c'est le cas le plus simple et le plus facile à guérir. J.-L. Petit conseille pour la réduction la précaution rarement usitée, mais bonne, de tirer un peu la peau de la verge vers le pubis pour découvrir la partie du prépuce qui serre le plus, et sur laquelle, avec la barbe d'une plume, on met circulairement une fort petite quantité d'huile. Ensuite on prend la verge entre l'indicateur et le médius de chaque main, placée à la base du gland, immédiatement derrière le bourrelet. Alors on presse le gland avec les deux pouces d'abord sur les côtés pour en diminuer le volume, puis successivement sur les points qui paraissent les plus gonflés ; quand on voit que le gland s'engage sous la partie étroite du prépuce, les quatre doigts en attirant le prépuce, les deux pouces en refoulant le gland concourent à achever la réduction.

Il est très-essentiel de ne mettre d'huile que juste sous le cercle qui opère la constriction ; car si le liquide onctueux s'étendait au loin, les doigts glisseraient et ne pourraient plus fixer les parties.

Quand l'étranglement est plus prononcé, la manœuvre précédente devient insuffisante. Il faut alors en préparer le succès par des applications locales froides ou émollientes, par la compression du gland et du prépuce avec le doigt ou avec un bandage, puis tenter la réduc-

tion, et si, après quelques essais, elle échoue, y renoncer et faire le débridement; d'autant plus qu'après la réduction il faudrait toujours en venir là; que si l'on n'opère pas le paraphimosis, il faudrait toujours opérer le phimosis.

Lorsque le malade a temporisé, ou que pour réduire le paraphimosis il a fait ou fait faire beaucoup d'efforts, l'inflammation survient, le prépuce forme plusieurs bourrelets d'étranglement. Cet étranglement, il est indispensable de le lever avec l'instrument tranchant. Voici comment on y procède :

Le malade étant couché sur le bord droit de son lit, l'opérateur placé du même côté, tient le pénis de la main gauche, les quatre derniers doigts en dessous et le pouce sur le gland; il prend de la main droite un bistouri ordinaire, et le tient comme un archet, le tranchant en haut; il engage la pointe de l'instrument sous le repli qui forme l'étranglement, et relevant la pointe du bistouri, et baissant le manche, il coupe cette bride; il fait, opérant de la même manière, deux, trois et même quatre incisions sur la même bride en d'autres endroits, selon le degré de constriction de la verge. L'étranglement et les accidents inflammatoires qu'il produit, et qui pouvaient amener la gangrène, cessent après les incisions pratiquées; mais celles-ci ne suffisent pas pour permettre la réduction du prépuce; avant de l'opérer il faut avoir procuré le dégorgement et l'affaissement du bourrelet formé par la membrane interne du prépuce, en le scarifiant. Après avoir coupé dans plusieurs endroits l'anneau qui forme l'étranglement, on doit donc pratiquer, sur ce bourrelet, trois ou quatre scarifications profondes qui le fendent transversalement, c'est-à-dire suivant la longueur de la verge.

Quand le paraphimosis est accompagné d'un gonflement inflammatoire très-grand, comme presque toujours cela a lieu quand il est survenu à une personne qui a des chancres vénériens, ayant pratiqué les différentes incisions dont il vient d'être parlé, il ne faut pas essayer de ramener le prépuce sur le gland; les efforts que l'on ferait en pareille circonstance seraient inutiles, douloureux, et ne feraient qu'augmenter les accidents de l'inflammation. Il faut se borner à combattre ces accidents, et à traiter les chancres; la guérison de ceux-ci sera plus facile et plus prompte que s'ils étaient cachés sous le prépuce. Quand le gonflement inflammatoire sera dissipé, et que les parties auront été dégorgées par la suppuration, le prépuce reviendra sur le gland, ou on pourra l'y ramener facilement.

On doit, lorsque le paraphimosis n'est presque point accompagné d'inflammation, et que l'obstacle à la réduction dépend principalement de la grosseur du bourrelet formé par l'infiltration séreuse de la membrane interne du prépuce, après avoir pratiqué les incisions convenables, exprimer la sérosité contenue dans ce bourrelet, en la pressant fortement avec les doigts, et, lorsqu'il est affaissé, il faut procéder à la réduction du prépuce, en suivant les règles dont il a été parlé précédemment. Souvent cette réduction demande beaucoup de temps et cause toujours de très-vives douleurs au malade, qui jette les hauts cris, surtout quand c'est un enfant; le chirurgien qui a de la prudence et de la fermeté, ne se laisse point émouvoir par ces cris, et, suivant le précepte de Celse, il n'en achève pas moins tranquillement son ouvrage dans le plus court délai possible: il sait bien que s'il peut parvenir à ramener le prépuce sur le gland, il ne reste rien ou presque rien à faire pour la guérison du malade. En effet la réduction étant achevée, il suffit de tenir la verge relevée contre le ventre, et de l'humecter plusieurs fois par jour avec de l'eau de guimauve et de sureau, pour que les petites plaies se cicatrisent, et que le gonflement du prépuce se dissipe.

Le dégorgement des parties infiltrées s'opère difficilement, si on ne fait point la réduction du prépuce sur-le-champ, la maladie devient chronique, et quelquefois ce n'est qu'après plusieurs mois que l'on parvient à ramener le prépuce sur le gland. Quelquefois même on a vu le prépuce, retiré au delà du gland, former une tumeur dure et considérable, dont il était impossible

d'obtenir la résolution. Lorsque le paraphimosis est devenu chronique, en tenant constamment la verge relevée et fixée sur le ventre, en l'entourant d'un linge trempé dans l'eau de chaux, et en pressant plusieurs fois dans la journée le bourrelet entre les doigts, on en favorise la réduction.

Après la guérison du paraphimosis pour lequel il a fallu en venir à l'opération, quelquefois l'ouverture du prépuce, qui auparavant était trop étroite pour permettre de découvrir facilement le gland, se trouve assez grande pour que cette partie de la verge puisse la traverser aisément; d'autres fois, au contraire, l'étroitesse de cette ouverture est augmentée par les cicatrices des petites plaies du prépuce, et il faut que l'on fende celui-ci pour prévenir la récidive du paraphimosis.

Un autre vice de conformation du prépuce, c'est la *brièveté excessive du frein*. Cette lésion congénitale est très-bien décrite dans l'observation suivante, adressée à la *Gaz. des hôp.* par un célèbre professeur de chirurgie (Delpech).

Obs. 8. « Un jeune homme, sur le point de se marier, m'écrit pour me consulter sur une difformité dont il redoute les conséquences. L'humiliation qu'il croit attachée à son état lui fait souhaiter de garder l'anonyme. Il me prie, pour lui répondre, d'insérer un article en termes généraux dans un journal : je ne puis mieux faire que de choisir la *Gazette des hôpitaux*. Obligez-moi, monsieur, d'insérer le plus tôt possible ma réponse.

» Peu de praticiens ont arrêté leur attention sur un état fort commun des parties sexuelles masculines, qui fait le désespoir de la plupart de ceux qui en sont affectés, et qui nuit à la population.

» Le frein, repli de la lame interne du prépuce qui assujettit ce dernier sous la ligne médiane du gland, est souvent trop court ; sa base est en même temps plus large, et son bord antérieur s'étend jusques au méat urinaire. Il s'ensuit que le gland est habituellement recouvert, que la sensibilité de cet organe est excessive et incommode, que dans l'état d'érection de la verge il existe une bridure du gland en dessous, et que, dans le coït, cette même bridure augmente au point d'incliner dans le même sens le méat. L'effort de rétrocession que le prépuce éprouve ne découvre que la région dorsale du gland ; et s'il en pouvait être autrement, il y aurait paraphimosis, comme il arrive en effet quelquefois, il survient une rupture du frein.

» Cet accident est très-rare pour deux motifs : le premier, que la sensibilité extrême du gland s'oppose à des efforts trop brusques ; le second, que la base du frein étant plus large, ce lien jouit d'une plus grande densité. Cette dernière disposition fait croire aisément ceux qui sont ainsi conformés, que le prépuce est adhérent à la face inférieure du gland ; et la persuasion où ils sont qu'ils seraient obligés de se soumettre à une dissection douloureuse, les éloigne d'une confidence salutaire, et les fait vivre dans une prévention affligeante et humiliante. L'aspect d'un gland moitié découvert et suivant une ligne oblique, est propre à entretenir cette prévention qui n'en est pas moins erronée.

» Je connais un grand nombre d'hommes qui ont contracté le lien du mariage dans cet état, qui sont unis à d'honnêtes femmes, et qui n'ont pas laissé d'obtenir une famille malgré leurs craintes et la timidité dont toutes leurs actions sont empreintes. On sait bien, d'ailleurs, que l'hypospadias, difformité bien autrement désavantageuse, n'a point empêché la reproduction de ceux qui en étaient atteints. Néanmoins, il est plus convenable de faire cesser la difformité dont il s'agit ici : la seule sensibilité démesurée du gland est un inconvénient dont la cessation rend un homme plus confiant en lui-même, et par cela même plus apte à remplir tous ses devoirs. » (*Gaz. des hôp.*, 1829-1830, t. II, p. 389.)

Il suffit d'une très-légère opération pour faire disparaître entièrement cette difformité ; pourtant elle a besoin d'un peu plus de soin qu'on ne lui en donne ordinairement. Voici de quelle manière l'enseignait et la pratiquait, il y a quinze ans, un professeur qui, dès lors, l'avait modifiée ainsi qu'on va le voir :

« Ainsi, il s'agit de passer, entre le pré-

puce et le gland, une sonde cannelée sur un côté du frein. La verge, sans être distendue, doit être renversée sur le ventre du sujet. On fait courir la peau du prépuce latéralement, de sorte que le raphé inférieur se trouve sur la sonde. Ensuite, on pique sur la cannelure de la sonde, avec la pointe d'un bistouri aigu, de manière que celui-ci glisse le long de son conducteur comme pour sortir du prépuce. La section du prépuce est accomplie fort nettement dans ce mouvement rapide, et avec peu de douleurs. Alors reste l'un des côtés de cette enveloppe qui tient à la face inférieure du gland par le frein : ce lien est à découvert par une de ses faces ; il est facile de juger d'une manière exacte de la longueur et de la largeur de sa base, en soulevant le côté correspondant du prépuce avec les doigts ; on fait glisser sous lui et au côté caché du frein, une lame de ciseaux, et d'un seul coup, ou de deux si le besoin l'exige, on divise complétement le frein. Pour le plein succès de l'opération, il est toujours important que cette dernière partie en soit accomplie en entier, et qu'il n'y ait aucune trace du frein.

» Désormais tout étant libre, en faisant le pansement, on doit apporter des soins assidus, afin de conserver les choses dans l'état où l'on vient de les mettre. Il faut découvrir le gland, pour empêcher les côtés de la section du frein de s'unir ; on doit aussi étaler les deux côtés de la section du prépuce ; mais il faut permettre et favoriser le rapprochement de la lame interne et de l'externe du prépuce, il faut fixer les choses en cet état par une bandelette d'amadou, et mieux encore de diachylon gommé : on peut obtenir ainsi la réunion immédiate, et tout changement ultérieur peut être prévenu. » (V. *Gazette des hôpitaux*), 1829-1830, t. II, p. 389.)

ARTICLE II.

Corps étrangers du prépuce.

Les corps étrangers du prépuce sont de deux sortes : les uns placés en dehors de lui, les autres en dedans.

Les premiers sont des ligatures, comme dans le cas suivant.

Obs. 1re. « Un autre jeune homme de 20 ans, fort et robuste, vint me consulter pour une semblable adhérence du gland avec le prépuce, mais dont la cause était bien différente. A l'âge de cinq à six ans, il pissait au lit, et, pour éviter le fouet et les reproches de ses père et mère, il s'avisa de se lier la verge avec une ficelle; il ne pissa pas au lit cette nuit-là, mais il fut réveillé par une vive douleur causée tant par la forte ligature qu'il avait faite que par la grande envie qu'il avait d'uriner. Il ne put délier sa ficelle ; le nœud, qui était double, et le cercle qu'elle faisait, étaient cachés par la peau, qui s'était gonflée; il n'osait se plaindre, cependant les vives douleurs et la fièvre qui survint le décidèrent ; on envoya chercher le chirurgien de la famille, qui fut obligé de couper la ficelle avec un bistouri, ce qu'il ne put faire sans entamer la peau assez profondément. — Cet enfant n'urina pas d'abord après l'opération; ce ne fut que plus d'un quart d'heure après, encore fallut-il passer une sonde pour dilater le canal dans l'endroit oblitéré; les douleurs de la verge ne furent un peu apaisées qu'après la sortie des urines ; on appliqua les médicaments propres à combattre la pourriture; mais, malgré cela, la gangrène se mit dans le lieu de la ligature, et, par la suite, il s'en sépara quelques eschares ; le prépuce et le gland furent enflammés, et, pressés l'un par l'autre, il se fit suppuration aux surfaces par lesquelles ils se touchaient mutuellement. — Après qu'il m'eut fait le récit, qu'il tenait de ses père et mère, et en partie de ce que sa mémoire pouvait lui rappeler, j'examinai la verge : le gland était entièrement caché par le prépuce, qui le surpassait de près d'un pouce ; je crus qu'il y avait ou pouvait du moins y avoir adhérence dans toute l'étendue du gland, et le malade le croyait aussi; cependant je trouvai le moyen de passer un stylet qui entra d'abord dans l'urètre; je le retirai un peu, j'essayai de le porter à droite et à gauche, mais je ne pus alors le porter plus loin. Je conseillai l'opération, et le malade, qui était près de se marier, y consentit. »

(J.-L. Petit, *Œuvres complètes*, p. 691.)

Ces cas sont heureusement très-rares, car il pourrait être difficile de couper la ligature si le gonflement était considérable. Enlever l'étranglement et parer aux accidents consécutifs, telles sont les indications sur lesquelles il est inutile d'insister.

Calculs du prépuce. Les corps étrangers de l'intérieur du prépuce sont les calculs qui s'y développent ou s'y arrêtent par suite de l'étroitesse de l'ouverture du prépuce.

Lorsque l'orifice du prépuce est plus étroit que le méat urinaire, l'urine staggnant dans la cavité de cette membrane y laisse déposer des sels ou des graviers arrivant de la vessie, qui séjournent et grossissent dans la cavité préputiale.

Quel que soit le mécanisme de leur formation, les calculs du prépuce ont un volume variable, depuis la grosseur d'un gravier ou d'un grain de millet ou de chènevis jusqu'à celui d'une prune (J.-L. Petit), et leur poids depuis celui d'un grain de sable jusqu'à celui énorme de deux cent vingt-cinq gram. (Duméril). Une de ces pierres que possédait Morand était ovoïde, longue de quatre centimètres sur dix centimètres de circonférence à sa partie la plus longue, qui était creusée d'une fossette correspondant à la forme du gland, à peu près comme une autre dont Baillie a donné la figure (*Anat. path.*, pl. 5 , fig. 2), ou comme celle observée par M. Sper, laquelle était assez volumineuse pour empêcher le coït (*Gazette des hôpitaux*, nº 95, 1829.)

Un enfant de six mois a rendu dans le prépuce un gravier qui s'y accrut en deux ans au point d'atteindre une longueur de plus de quatorze centimètres (*Act. erud. Lips.*, 1715, oct., p. 442).

En général, les calculs du prépuce n'ont pas plus de six à douze millimètres de diamètre.

Le nombre de ces concrétions est, comme cela devait être, en raison inverse de leur volume ; mais il est parfois considérable : ainsi Brodie en a trouvé soixante dans un prépuce, et l'un d'eux avait quinze millimètres de long et dix de large. L'enfant en offrait une très-grande quantité d'un très-petit volume (Deschamps, *Traité de la taille*, t. IV, p. 509). Enfin on en a compté jusqu'à six cents (*The London Medical Repository*, t. V, p. 341).

Le plus souvent le calcul est unique.

Les calculs du prépuce sont ordinairement arrondis ou ovalaires, quand ils sont petits; plus volumineux ils se moulent à la surface du gland et du prépuce; en un mot, à la cavité où ils se développent. Arrivés à cette grosseur, ils sont tantôt perforés pour le passage de l'urine, tantôt ils n'offrent point de trou et coiffent tout le gland, ensorte que le liquide est obligé de les contourner pour gagner l'orifice du prépuce. M. Boutigny a donné (*Journal de chimie méd.*, t. IX, p. 346) la description de pierres du prépuce assez semblables à des cubes dont les arêtes auraient été adoucies. On en a vu un à cheval sur la base du gland et qui avait la forme d'un croissant (Deschamps, *l. cit.*).

La plupart des pierres préputiales sont tendres et se laissent briser avec facilité.

Le plus souvent ces concrétions sont d'un blanc sale, grises ou cendrées.

Quant à leur composition, celle de M. Sper était d'acide urique, celles de M. Boutigny étaient formées de couches concentriques d'urate d'ammoniaque et de phosphate ammoniaco-magnésien. M. Wurzer en a vu où le mucus endurci entrait pour la plus grande partie.

Les symptômes des pierres préputiales sont trop clairs pour qu'il soit besoin d'y insister. De la gêne dans l'excrétion urinaire, de l'irritation dans le prépuce, la dureté de la tumeur, la crépitation qu'elle fait sentir quand les calculs sont multiples, le stylet, etc., établissent le diagnostic de la manière la plus évidente.

Le traitement est également des plus simples : faire d'abord l'opération du phimosis, laquelle a le double avantage de permettre d'enlever les calculs et les causes de leur développement ; elle est à la fois curative et préservative.

C'est ainsi que Gibier a guéri un enfant de douze ans. Le bout de la verge offrait une tumeur du volume d'une pomme de reinette, qui gênait le cours de l'urine et faisait entendre de la crépitation quand

on y touchait. On l'incisa et on retira sept pierres grosses comme de petits dés à jouer, blanches, poreuses, irrégulières (*Journal de médecine*. t. IX, p. 65).

M. Civiale a publié plusieurs cas de ce genre.

ARTICLE III.

Vices de conformation des corps caverneux.

a. Le plus souvent les vices de conformation des corps caverneux se lient au développement incomplet de la vessie et de l'urètre, comme dans le cas suivant; et c'est alors un arrêt de développement qui se présente.

OBS. 1re. « *Vice de conformation remarquable de la vessie et des parties environnantes.*

« Ce vice de conformation existe chez un enfant. La partie antérieure de la vessie manque entièrement, et les parois abdominales qui y correspondent paraissent manquer également. On voit l'urine suinter constamment par l'extrémité des uretères et couler continuellement sur le pénis, le scrotum et les cuisses. La membrane muqueuse qui revêt les portions postérieure et inférieure de la vessie est à nu, et se continue avec les téguments abdominaux. Lorsqu'on pince la vessie le malade éprouve à peine un peu de douleur; cette poche est recouverte dans les trois quarts de son étendue d'un épithélium. M. Earle fait observer qu'il avait toujours pensé que les membranes muqueuses étaient incapables de se transformer tout à fait en téguments et de se recouvrir d'un épiderme, quelle que soit la durée du temps pendant lequel elles sont exposées à l'influence atmosphérique. Ce cas semble faire exception à la règle, bien qu'il ne puisse assurer si l'apparence d'épiderme résulte d'un effort de la nature pour protéger une membrane délicate et à découvert, ou d'une conformation congénitale.

» Il n'y a pas d'apparence d'ombilic; le cordon aboutissait au point de jonction de la partie supérieure de la vessie avec les téguments abdominaux. Le dos du pénis manque entièrement; on dirait qu'on l'a enlevé de manière à laisser tout juste assez d'urètre pour former une rainure à sa face supérieure. Près de la portion prostatique est une petite élévation qui marque la place du verumontanum et des conduits excréteurs des vésicules séminales. Les testicules ont une conformation normale comme le scrotum.

» La symphyse du pubis est divisée de telle sorte qu'il y a un intervalle de deux pouces *entre les épines des os pubis*, qui néanmoins sont tellement unis entre eux par les ligaments, qu'on n'observe pas cette démarche vacillante qui existe ordinairement dans le cas de vice de conformation de ce genre. L'origine des muscles droits étant ainsi écartée l'une de l'autre, un espace triangulaire se remarque entre leurs bords internes; espace qui est occupé par la vessie rudimentaire que nous venons de décrire.

» L'enfant est âgé de sept ans environ; il est bien conformé et jouit du libre exercice de ses membres. Son incommodité la plus grande résulte des excoriations fréquentes que détermine l'écoulement sur les parties voisines de l'urine, qui coule constamment des extrémités ouvertes des uretères.

» M. Earle, tout en regrettant qu'il ne soit pas au pouvoir de la chirurgie de remédier au vice de conformation existant, espère diminuer les incommodités qu'éprouve le malade par le mode de traitement suivant :

» Il consiste à adapter une espèce de bol d'argent aux parties qui environnent la vessie et le scrotum, et à les faire communiquer par un tube, par une poche de caoutchouc qu'on lie sur la cuisse; l'urine coule ainsi dans cette vessie artificielle, que l'on peut vider à volonté au moyen d'un robinet. » (Earle, hôpital Saint-Barthélemy de Londres; *Gazette des hôpitaux*, 1833, t. VII, p. 425.)

L'observation d'Earle n'est pas assez précise pour qu'on puisse savoir s'il y avait absence réelle d'une partie des corps caverneux, ou si seulement il y avait un vice de superposition dans leurs rapports avec l'urètre. Les expressions de l'auteur seraient dans le sens de la première hypothèse, mais on désirerait une description plus nette et plus complète.

Dans l'observation de Rullier, que nous avons seulement citée ailleurs,

c'est la seconde disposition qui existait, lse corps caverneux et l'urètre avaient pris la place l'un de l'autre, tous deux étaient atrophiés en longueur, avec absence de la paroi supérieure de l'urètre.

Obs. 2. « *Conformation anormale et congénitale du pénis et du canal de l'urètre chez un jeune homme de dix-huit ans.*

» Le n° 3 de la salle Saint-Jean, à la Charité, offre une disposition singulière du pénis et du canal de l'urètre. Ce jeune homme, âgé de dix-huit ans, mais dont le corps a déjà acquis un grand développement, est entré à l'hôpital il y a deux jours pour une céphalalgie ; chez lui le membre viril a environ deux lignes de longueur, ou, pour mieux dire, cet organe est borné au gland ; les corps caverneux, au lieu d'être situés à sa face dorsale, sont placés à sa face inférieure ; le canal de l'urètre offre une disposition contraire. Ce canal n'est point complet ; car sa paroi antérieure manque entièrement ; il est réellement converti en une sorte de gouttière tapissée par une membrane muqueuse d'une teinte rosée, qui se confond insensiblement avec les téguments du gland. Sur chacun des bords de cette gouttière on voit régner un repli muqueux qui s'avance jusqu'à l'extrémité du gland. L'extrémité supérieure de ce demi-canal est complétée par une espèce de valvule semi-lunaire qui naît de l'arcade pubienne, au-dessous de laquelle il s'enfonce ; ainsi disposé, il se continue jusqu'à la vessie, dans laquelle on peut introduire une sonde, qui cause d'assez vives douleurs. Le pourtour du gland, la surface de la gouttière, sont lubréfiés par une humeur épaisse et nauséabonde, mêlée à une petite quantité d'urine, qui y séjourne habituellement. Du reste les testitules sont bien développés. Dans l'érection ce *quasi pénis* acquiert quatre pouces de longueur ; le malade nous a avoué qu'il se livrait parfois à la masturbation ; il se titille alors la partie inférieure du gland : le fluide spermatique est assez abondant, mais, au lieu de s'élancer au loin, il coule par nappe. La timidité l'a empêché jusqu'à ce jour de hanter le beau sexe, mais il promet de vaincre cette timidité et de s'acquitter habilement de ses fonctions d'homme. Je me souviens d'avoir vu, il y a trois ans, à l'hôpital de Versailles, un jeune soldat, dont l'orifice de l'urètre s'ouvrait à la partie moyenne de la face inférieure de la verge ; il y avait chez lui incontinence d'urine, le pénis était bien conformé, mais il n'éprouvait aucune sensation voluptueuse dans l'émission du sperme ; sa physionomie était blanche et rosée, le corps débile, et la voix grêle, ce qu'expliquait suffisamment la disposition vicieuse des organes de la génération. » (Rullier, *Gazette des Hôpitaux*, 1833, t. vii, p. 37.)

b. *Incurvation des corps caverneux.* Les corps caverneux avec incurvation congéniale, sont ordinairement dirigés en bas. Cette courbure n'est plus seulement sous la dépendance de la rétraction ou de la brièveté originelle de la peau de la partie inférieure de la verge, ou du canal de l'urètre lui-même ; elle résulte du défaut de longueur de la partie inférieure des corps caverneux, de l'oblitération ou du rétrécissement des cellules dans cette région.

Cette difformité, qui coïncide souvent avec l'hypospadias, existe quelquefois seule, ainsi que dans le cas suivant d'autant plus précieux qu'il a été observé avec soin et par J.-L. Petit.

Obs. 3. « Un étranger consulta l'illustre chirurgien pour savoir si une difformité du pénis qu'il avait apportée en naissant le rendait impropre au mariage ou si on pouvait la corriger. Il avait la verge tellement recourbée que la peau du scrotum lui servait d'enveloppe dans toute sa partie inférieure. Lors de l'érection, le gland était la seule partie saillante ; il faudrait dire plutôt lors du gonflement des corps caverneux et du gland, que lors de l'érection. L'ouverture de l'urètre était placée à l'endroit de la fosse naviculaire, de sorte que, quand le malade rendait ses urines, elles sortaient en nappe et mouillaient tout le scrotum. Le chirurgien le jugea impropre au mariage et lui conseilla de ne pas suivre les avis de ceux qui se prétendraient capables de le délivrer de son incommodité par quelque opération. Il lui dit aussi que, bien que les parties

qu'il y aurait à couper en faisant une opération ne fussent pas de grande conséquence, les suites pouvaient cependant en être dangereuses; de plus qu'il n'obtiendrait jamais ce qu'il espérait: quand il n'arriverait aucun accident; quand la verge, après la cicatrice, se trouverait séparée entièrement du scrotum, en se gonflant elle resterait toujours courbée, attendu que la cicatrice ne pourrait jamais se prêter à l'allongement de la verge et que de plus il y avait une autre cause de courbure à laquelle l'opération ne pouvait remédier. — Il ne suivit point le conseil de son chirurgien : il se laissa persuader par un autre. Néanmoins, quoiqu'il fût d'un avis contraire, le malade désira qu'il fût présent à l'opération ; elle fut faite avec beaucoup de dextérité : cependant la verge, quoique exactement séparée du scrotum, conservait sa courbure et ne put jamais être redressée; après la cicatrice elle resta telle qu'elle était auparavant. » (J.-L. Petit, *Œuvres complètes*, p. 715.)

L'observation suivante, empruntée au même chirurgien, donne l'explication de cet insuccès par les changements qui se sont opérés dans les parties, ou par le vice de leur conformation primitive. Chez ce sujet il y avait complication d'hypospadias.

Obs. 4. « J'ai eu occasion de me convaincre de la réalité de ce fait sur le cadavre d'un enfant qu'on m'avait fait voir le jour même de sa naissance, et auquel je ne voulus faire aucune opération : on me l'avait amené plusieurs fois pendant le cours de sa vie, espérant que je pourrais trouver quelque moyen de le guérir de l'hypospadias accompagné d'une courbure pareille à celle dont il s'agit. Je le renvoyais toujours sans lui rien faire, disant aux père et mère que cette difformité était irréparable. Cet enfant mourut d'une fluxion de poitrine à l'âge de dix ou douze ans. Je demandai d'en faire l'ouverture, ne voulant pas échapper cette occasion de satisfaire ma curiosité.

» Je découvris d'abord l'un des corps caverneux ; j'y fis ouverture ; j'y passai un tuyau dans lequel je soufflai ; la verge se gonfla, se courba en dessous ; et, pour la conserver, je fis une ligature, au moyen de laquelle je retins l'air, puis je disséquai la verge, et je trouvai que tout l'urètre était fort court ; qu'il était, pour ainsi dire, ligamenteux, et incapable de s'étendre, n'ayant aucun tissu cellulaire. Je la séparai des deux corps caverneux fort exactement, mais avec beaucoup de peine : malgré cette séparation, les corps caverneux ne s'allongèrent que fort peu ; la verge resta courbe, ce qui me fit juger que la mauvaise conformation de l'urètre n'était pas la seule cause de la courbure, et que le dessous des corps caverneux y avait quelque part. Pour examiner la chose à loisir, j'emportai les pièces chez moi : ayant séparé les corps caverneux de toute autre partie, j'observai que, en les tirant par les deux bouts, je ne pouvais les allonger ; et, les soufflant de nouveau par la première ouverture que j'avais faite, ils reprenaient la figure courbe, ce que j'attribuai d'abord à une bande ligamenteuse qui régnait à l'endroit d'où j'avais séparé l'urètre. Je séparai de cette bande tout ce que je pus sans ouvrir les corps caverneux ; je coupai même transversalement les fibres que je n'avais pu enlever ; malgré tout cela, et malgré l'air que je soufflais avec force, les corps caverneux conservèrent toujours leur courbure. Les ayant soufflés pour la dernière fois, j'y retins l'air par une ligature, et les fis sécher : quelque temps après je les coupai, l'un longitudinalement, l'autre par tronçons ; je reconnus que la figure courbe qu'ils avaient toujours conservée dépendait de ce que leurs cellules étaient presque bouchées dans la partie cave de la courbure, et que par degrés elles s'élargissaient jusqu'à la partie convexe où étaient les plus grandes, soit que ces cellules eussent été ainsi dès la première conformation, ou que, ayant toujours été gênées par l'urètre et par la bande ligamenteuse, elles fussent restées petites, n'ayant pas eu la facilité de s'étendre comme les autres. » (J.-L. Petit, *Œuvres complètes*, p. 717.)

Nous allons maintenant passer à l'étude des affections de la verge proprement dite, c'est-à-dire de celles qui portent ou

peuvent porter à la fois sur tous ses éléments constitutifs.

ARTICLE IV.

Corps étrangers du pénis.

Les corps étrangers des autres organes pénètrent dans leur intérieur, ceux de la verge restent en dehors : ils agissent comme des ligatures. Ces corps étrangers sont, une ficelle, un anneau métallique, un briquet, un anneau de clef, etc.

Quelle que soit la nature de l'agent constricteur, la verge se gonfle au-dessous et quelquefois au-dessus, l'urètre peut être coupé et présenter plus tard une fistule urinaire. Les corps caverneux eux-mêmes peuvent être divisés par l'ulcération excentrique qui se développe alors, et si le pénis n'est pas entièrement compromis il en résulte une difformité qui gêne l'excrétion de l'urine et du sperme, toutes les fonctions de l'organe.

Pour extraire ces corps étrangers, il faut les diviser. L'opération est facile quand il s'agit d'une ligature, d'un anneau de bois ou de verre ; mais si l'on a affaire à un corps métallique il n'en est plus ainsi, et on a besoin d'une tenaille incisive appliquée avec précaution. Avant d'employer l'instrument, on passe d'abord sous l'anneau une plaque en bois ou une spatule pour protéger la verge.

Ce qui peut surtout rendre l'opération difficile, c'est le gonflement, qui, lorsqu'il est considérable, recouvre et masque le corps étranger qui se trouve alors comme enterré dans l'épaisseur de l'organe tuméfié. Il faut donc opérer le dégorgement par la compression, par des mouchetures; et si l'on est obligé d'en venir à de véritables incisions il faudra les faire là où le corps étranger est le plus à la portée de l'instrument destiné à le diviser, en prenant cependant toujours la précaution de ne pas les faire tomber sur l'urètre. On s'est servi de deux étaux à main pour maintenir et saisir un anneau qu'on a voulu couper ou faire éclater. Dupuytren, pour enlever une bobèche de chandelier dans laquelle la verge était passée, se débarrassa d'abord du pavillon avec une tenaille incisive, puis avec deux spatules glissées sous le cylindre il en fit éclater la soudure ; à l'instant un jet d'urine annonça que l'étranglement était levé.

ARTICLE V.

Contusions et plaies du pénis.

Les plaies du pénis sont ordinairement l'effet de la vengeance ou de la jalousie, d'une mutilation volontaire ou enfin d'accidents divers.

Ces blessures sont superficielles ou profondes. Dans le premier cas, elles s'accompagnent toujours, si ce sont des contusions, d'une ecchymose considérable en raison de la laxité du tissu cellulaire sous-cutané. Si l'épanchement de sang s'est fait dans le tissu caverneux, il forme un noyau organisé ; et pour M. Vidal de Cassis ce qu'on appelle les nœuds ou ganglions du corps caverneux n'ont pas une autre origine.

Les plaies par instrument tranchant sont le plus souvent complètes, parce que le plus souvent aussi elles sont produites par l'action d'un instrument très-acéré, le rasoir. Un corps contondant a quelquefois nettement coupé la verge, la chute d'une fenêtre à guillotine, par exemple, comme dans ce fait observé à la clinique de Dupuytren, et consigné dans la *Gazette des hôpitaux* de 1833.

Obs. 1re. « Un homme bien développé, d'une bonne constitution, entra, il y a quelque temps, à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu; il s'était livré à quelques excès de vin pendant la noce d'un de ses compatriotes, et ne rentra à son domicile que dans la nuit et dans un état d'ivresse.

»Rentré dans sa chambre, il lui prit une envie d'uriner et, pour y satisfaire, il souleva sa fenêtre, qui était disposée à guillotine, ayant la précaution d'avancer son bassin pour ne point répandre d'urine sur le pan de cette fenêtre ; celle-ci, qui avait été mal assujettie, venant à tomber au même instant, lui coupa la verge, qui était, dans ce moment, à l'état de demi-érection.

»Admis et traité, pendant un mois, à l'hôpital, il en fut quitte pour la moitié de son membre viril. » (Dupuytren, *Gazette des hôpitaux*, 1833, t. VII, page 424.)

Si, après une section complète du pénis, on était à même de tenter la coaptation, pourrait-on la faire avec quelque

chance de succès ? Voici ce que répond M. Vidal de Cassis[1], en traitant d'ailleurs toute la question de la réunion des plaies de la verge :

« Pourrait-on tenter la réunion immédiate par la suture en employant une sonde qui aurait embroché les deux bouts de la verge ? Cette tentative de réunion, qui, je crois, n'a jamais été faite, échouera presque toujours, car les érections entraveront la marche de la cicatrisation ; elle sera aussi contrariée par l'urine qui passera en plus ou moins grande quantité entre la sonde et l'urètre.

» Quand la division de la verge a été opérée par un corps contondant, les chances de réunion sont complétement perdues.

» La réunion sera tentée avec de plus justes espérances de succès quand un lambeau tiendra encore les deux bouts de la verge, surtout si, dans ce lambeau, se trouve l'urètre ou même une partie de ce canal. Pendant la marche de la cicatrisation, deux choses sont à craindre : le contact de l'urine sur la plaie et les érections, qui dérangeraient les rapports des deux surfaces traumatiques qui ont été mises en contact. La sonde dans l'urètre est donc nécessaire, puis l'usage du camphre, qu'on combinera avec l'opium. On devra surveiller la plaie avec le plus grand soin, car une cicatrice vicieuse peut avoir deux inconvénients : 1° elle rétrécit l'urètre ; 2° elle dévie les corps caverneux qui se portent en haut ou en bas, ou sur un des côtés, ce qui gêne singulièrement le coït. Il arrivera, le plus souvent, que les soins les plus minutieux ne pourront empêcher ces inconvénients. » (Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, t. v, p. 640.)

ARTICLE VI.

Inflammation du pénis.

Nous ne nous arrêterons pas à l'érysipèle de la verge, parce que cette affection n'offre ici rien de remarquable qu'un gonflement dû à l'infiltration facile du tissu cellulaire sous-cutané. Nous ne ferons non plus que rappeler la tuméfaction inflammatoire qui accompagne une blennorrhagie violente. La balanite ne doit pas nous occuper davantage. Ce sont autant de points qui seront exposés, avec tous les développements qu'ils comportent, dans le *Traité des maladies vénériennes* et le *Traité des maladies de la peau* de la Bibliothèque.

L'inflammation simple du pénis se termine rarement par la gangrène, et lorsque cette terminaison fâcheuse arrive, la mortification ne frappe presque jamais que les téguments. Souvent cette gangrène de la peau fait croire au sphacèle de l'organe. Cette erreur vient d'une double cause, de l'épaisseur des eschares et de la petitesse du gland. Mais l'épaisseur des eschares vient de celle qu'a donnée l'infiltration à la peau et au tissu cellulaire sous-cutané, et la petitesse du gland et des corps caverneux résulte de la compression qu'ils ont éprouvée par suite du gonflement.

Quelquefois, sous l'influence d'une disposition particulière, la verge entière tombe en gangrène. Forestier cite un exemple où elle fut trouvée complétement séparée du corps, sur un cataplasme. (*Obs. et cur. méd.*, lib. XXVI.) Une blennorrhagie virulente avait été le point de départ de cet accident.

Boyer rapporte trois cas, par lui observés, d'une gangrène totale du pénis dans une fièvre ataxique, coïncidant avec une blennorrhagie plus ou moins éloignée de son début. Voici le plus intéressant :

Obs. 1re. « Un garçon de vingt ans fut porté à l'hôpital de la Charité, et on observait déjà en lui des symptômes d'une fièvre adynamique. Au bout de quelques jours on s'aperçut qu'il avait le prépuce un peu enflammé, et je lui fis appliquer des compresses trempées dans de l'eau de sureau animée d'un peu d'eau-de-vie : l'inflammation fit bientôt des progrès, et la rougeur pourprée de la peau annonçait une gangrène prochaine. Il ne tarda pas, en effet, à se former une eschare gangréneuse à la partie supérieure du prépuce, et ayant pratiqué une incision sur cette eschare, je fis sortir une grande quantité de sérosité putride. L'usage des antiseptiques les plus puis-

sants n'empêcha pas la gangrène de faire des progrès ; elle s'étendit jusqu'au delà du milieu de la verge où elle se borna: les eschares se détachèrent ; une partie du gland et des corps caverneux fut détruite ; les parois de l'urètre tombèrent aussi en partie, et il resta une plaie d'une surface fort étendue, inégale, que le passage de l'urine et les pansements rendaient très-douloureuse. Quand l'état du malade fut amélioré , on le transporta dans une des salles consacrées aux maladies chirurgicales : l'amputation de la portion des corps caverneux et du gland laissé à nu par la chute des eschares me parut le seul moyen propre à faire cesser les vives douleurs qu'occasionnaient l'urine et les pansements : elle fut pratiquée et eut un plein succès.

» Lorsque le malade eut recouvré la connaissance qu'il avait perdue pendant le cours de la fièvre , il nous apprit qu'il avait contracté une blennorrhagie quelque temps avant sa maladie , en sorte qu'il est probable que l'irritation causée par la blennorrhagie aura été la cause déterminante de l'inflammation gangréneuse qui a servi de crise à la fièvre adynamique. » (Boyer, *Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent*, t. x, p. 369.)

Le deuxième cas, observé par Boyer, est du même genre ; nous l'analysons.

Obs. 2. Il y a quelque temps , il fut transporté à l'hôpital de la Charité un homme d'environ 36 ans, qui avait contracté une blennorhagie, laquelle fut suivie, peu de temps après, d'une fièvre ataxique. La verge s'enflamma bientôt, et prit une couleur rouge livide. Les progrès de la gangrène, qui ne tarda pas à s'en emparer, furent très-rapides ; elle ne se borna entièrement que lorsqu'il y eut une diminution sensible dans les symptômes de la fièvre. Elle parut d'abord n'attaquer que la peau ; mais bientôt des signes non équivoques de corruption se présentèrent au gland et au corps caverneux, et la destruction de la verge fut complète. La chute totale des parties gangrenées qui se détachèrent par lambeaux, laissa une plaie conique qui fut très-lente à guérir. (Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, t. x, p. 371.)

Comme les deux précédents , le troisième fait présente cette double circonstance d'une fièvre typhoïde coïncidant avec une urétrite.

Obs. 3. « Un autre malade fut tout à la fois attaqué d'une blennorrhagie et d'une fièvre adynamique. Il eut aussi la verge atteinte de gangrène ; mais cet homme fut bien moins maltraité que les deux autres, car il n'eut à regretter, dans cette occasion, que le prépuce ; à la vérité , les symptômes de sa fièvre furent moins graves que ceux qu'éprouvèrent les deux malades dont il vient d'être parlé plus haut. » (Boyer, *lieu cité*, t. x, pag. 371.)

ARTICLE VII.

Nœuds ou ganglions des corps caverneux.

Il se forme quelquefois dans les corps caverneux des tumeurs dures, ordinairement multiples, et dans certains cas disposées en forme de chapelet. Elles occupent un seul des corps caverneux ou elles siégent sur l'un et l'autre. On les a vues situées à la jonction des racines des corps caverneux, mais le plus souvent elles affectent le corps du pénis. Cette maladie, qui n'est pas rare chez les hommes avancés en âge, surtout parmi ceux qui se sont trop abandonnés à la vivacité de leur tempérament, dépend la plupart du temps d'une cause syphilitique, suivant Boyer. Nous avons vu que M. Vidal de Cassis les regarde comme le résultat de foyers apoplectiques consécutifs à des contusions ou à d'autres influences que les violences, mais encore mal connues.

Quoi qu'il en soit, ces tumeurs sont indolentes , excepté chez quelques sujets qui éprouvent pendant l'érection un tiraillement incommode au niveau du ganglion.

Elles ne troublent pas d'une manière bien manifeste les fonctions de l'organe ; l'excrétion de l'urine n'est pas gênée, et celle du sperme n'est que peu sensiblement modifiée, par l'incurvation qui survient à la verge pendant l'érection. L'altération qui constitue la tumeur ayant privé les cellules caverneuses de leur dilatabilité, un nombre variable de ces

cellules peut même être effacé : on conçoit comment la verge doit se courber du côté où elle ne s'allonge qu'incomplétement.

En disant que l'émission du sperme n'était entravée qu'à un léger degré, nous n'entendions parler que des cas ordinaires où ces tumeurs ont un petit volume ; car lorsqu'elles acquièrent une grosseur considérable les choses changent, l'éjaculation devient difficile ou même impossible. Le liquide séminal, arrêté sans doute derrière la tumeur, ne commence à sortir que lorsque l'érection diminue, et il sort en bavant au lieu d'être lancé comme l'indique le mot éjaculation. Alors le pronostic est grave au point de vue des fonctions génératrices, l'infécondité peut avoir lieu.

Il serait donc important de pouvoir au moins enrayer cette maladie, s'il est impossible d'en obtenir une entière guérison. Malheureusement c'est un cas sur lequel la thérapeutique a peu de prise. C'est souvent sans aucune espèce de succès qu'on a eu recours aux émollients et aux résolutifs de toute espèce. La seule médication qui ait pu amener quelquefois un peu d'amélioration, c'est le mercure surtout en frictions. Les douches d'eau de Barèges, dirigées sur l'organe malade, ont aussi procuré de bons effets, au point que La Peyronie les regardait presque comme un spécifique.

En général les nœuds de la verge sont une affection très-rebelle et contre laquelle tout échoue le plus souvent.

ARTICLE VIII.

Cancer du pénis.

Causes du cancer du pénis. Comme dans les autres régions, le cancer peut se développer à la verge sous des influences inappréciables ; mais il en est une toute locale et qui s'exerce dans la grande majorité des cas, puisque Hey l'a observée neuf fois sur douze. Nous voulons parler du phimosis. Le professeur Roux est complétement d'accord sur ce point avec le chirurgien anglais, il y insiste dans ses Leçons (*Gazette des hôpitaux*, 1829, p. 376 et *passim*), et il affirme que le cancer de la verge est très-rare chez les sujets dont le prépuce a ses dimensions normales. Cette influence du phimosis est due sans doute à l'irritation causée à la face interne du prépuce et sur le gland par la matière sébacée qui s'y accumule, par la stagnation de l'urine derrière l'orifice trop étroit du prépuce, par le séjour des graviers qui s'y arrêtent. Il serait curieux de savoir si le cancer du pénis est une maladie rare chez les peuples circoncis.

Nous devons dire ici que nous avons observé deux cas de cancer de la verge dans le service de M. Vidal, précisément sur des individus qui n'avaient presque pas de prépuce.

Le cancer du pénis succède aussi quelquefois à des ulcères ou à des excroissances vénériennes exaspérées par l'emploi de remèdes irritants.

Le fait que nous allons rapporter semble prouver que le carcinome du pénis peut trouver son point de départ dans une fistule urétrale.

Obs. 1re. « Un homme de cinquante ans environ, couché salle Sainte-Marthe, nº 39, a eu, il y a une trentaine d'années, un écoulement blennorrhagique qui n'a jamais cessé depuis, et auquel d'autres gonorrhées se sont surajoutées. Enfin, dit-il, un abcès urineux s'est formé et ouvert il y a dix-huit mois environ ; une fistule est restée au périnée. Au premier aspect, il a été aisé de reconnaître que l'induration qui l'accompagne n'est pas une induration ordinaire que l'on puisse espérer de faire résoudre. L'orifice de la fistule est converti lui-même en un ulcère cancéreux à base dure, à bords renversés ; tout le trajet est squirrheux, et à la base une dégénérescence pareille existe.

» A la hauteur correspondante du canal est un rétrécissement tel, que si on voulait forcer l'introduction de la sonde, on pénétrerait à travers un tissu dur, résistant et criant.

» Quoiqu'il ne reste aucun espoir de résoudre cet engorgement, et que les bains, les cataplasmes, l'introduction d'une sonde et son séjour dans l'urètre ne puissent y parvenir, on essaiera cependant de tous les moyens. Si l'on ob-

tenait quelque amélioration inespérée, nous la ferions connaître.

» Il est à peu près inutile d'agiter ici la question de savoir si le cancer est primitif ou consécutif, s'il a commencé à l'extérieur ou par le canal de l'urètre. Que ce soit l'écoulement continuel et irritant de l'urine qui l'ait produit, que le cancer ait lui-même envahi, détruit les tissus, perforé l'urètre, peu importe, dès qu'il est reconnu que la maladie n'est pas curable. » (Dupuytren, *Gazette des hôpitaux*, 1831-32, p. 386.)

Tout porte à croire que la fistule avait appelé le cancer, en agissant comme une épine qui a déterminé une perversion dans la vitalité locale.

Caractères anatomiques du cancer du pénis. Le cancer de la verge a deux points d'origine bien marqués. Ces deux points sont le prépuce et le gland, et toujours, comme on voit, l'extrémité de la verge. D'après les auteurs et les observations qu'ils citent, il ne paraît pas que le mal débute jamais par le corps de l'organe.

Quand le cancer commence par le prépuce, il se manifeste d'abord par l'induration de l'orifice de ce fourreau, induration qui peut avoir eu pour principe un eczéma chronique ayant présenté des exaspérations. D'autres fois, et peut-être plus souvent, l'induration s'est montrée d'emblée. Nous avons vu que le carcinome pouvait aussi succéder à certains ulcères du pénis par une irritation locale répétée, en servant d'appel à l'explosion d'une influence générale, en quelque sorte à l'état de germe dans l'économie.

Dans le cas où l'affection procède par le gland, outre l'origine par ulcère qui existe comme pour le prépuce, elle offre ici deux formes primitives. Tantôt c'est une végétation qui augmente et dégénère, tantôt un tubercule plus ou moins profondément situé dans l'épaisseur du gland, tantôt une ulcération qui ronge d'abord le limbe du méat urinaire. L'engorgement, inflammatoire ou cancéreux, mais toujours suspect de l'urètre et du corps caverneux survient; l'ulcération s'empare de la végétation ou du tubercule, et se montre avec des bords renversés et sanieux, un fond grisâtre et tous les autres caractères de malignité qu'elle a dans les autres régions.

Symptômes du cancer du pénis. Le cancer s'accompagne ici de ses symptômes ordinaires, qui consistent dans l'aspect de l'engorgemeut, dans sa dureté, dans les ulcérations dont il devient le siége, dans les élancements qui le traversent le plus souvent, etc. Ce qu'il offre ici de spécial, c'est le trouble qu'il peut apporter à l'excrétion urineuse. Le plus communément cette fonction n'est pas notablement gênée; mais quelquefois le gonflement et la dureté du gland sont si considérables, la portion de l'urètre qui le supporte est tellement rétrécie que l'excrétion de l'urine est presque impossible. Boyer a vu un malade qui ne pouvait pisser que goutte à goutte et avec une extrême difficulté, au point que la vessie distendue formait une tumeur qui remontait jusqu'à l'ombilic, et qu'au moment de l'amputation da la verge l'urine s'échappa avec impétuosité; la tumeur disparaît à mesure que le liquide s'écoule.

La *marche* du cancer du pénis n'offre rien de particulier: tantôt rapide, tantôt lente, ou tenant le milieu entre ces deux extrêmes. Au bout d'un certain temps, les ganglions lymphatiques des corps caverneux se tuméfient, ainsi que ceux des aines du côté malade ou des deux côtés, et la cachexie cancéreuse ne tarde pas à s'établir.

Diagnostic du cancer du pénis. Le diagnostic du cancer du pénis n'offre point de difficultés particulières touchant la nature du mal; mais il peut en présenter une très-insidieuse concernant l'étendue et le siége même de la dégénérescence. Voici comment: l'altération occupant exclusivement le prépuce, cet organe se tuméfie considérablement, et serrant étroitement le gland et la fin du corps caverneux, il les atrophie par compression, de manière à faire croire que ces deux dernières parties participent à la maladie, quand elles y restent complétement étrangères; l'illusion peut être d'autant plus facile que le prépuce débordant de beaucoup le gland, ce dernier est masqué et disparaît comme enterré dans la tumeur, qui semble l'avoir absorbé.

Pronostic du cancer du pénis. Le cancer du pénis a une gravité qui varie suivant les causes qui l'ont produit. M. Roux s'exprime ainsi sur le pronostic de celui qui succède au phimosis :

« Le cancer, résultat de cette cause, est par cela même purement local; les récidives sont en effet beaucoup plus rares après l'amputation de la verge qu'après toute autre ablation d'organe cancéreux, avec quelques soins que l'opération ait d'ailleurs été faite. En admettant que le cancer est presque toujours l'expression patente d'une affection générale, en convenant qu'il n'est que l'ombre d'un corps, il faut pourtant reconnaître des cas où la localisation est réelle; le cancer de la verge paraît être de ce nombre. » (*Gazette des hôpitaux*, 1829, t. II, p. 166.)

D'après cela, comme, suivant M. Roux, le cancer de la verge reconnaîtrait cette cause neuf ou dix fois sur douze, le pronostic serait la plupart du temps favorable; mais cette condition est contre-balancée ici par une influence spéciale, l'impression profonde que l'homme ressent de cette mutilation. L'observation suivante en est un exemple frappant.

Obs. 2. « *Salle Sainte-Agnès*, n° 24. — Il est peu de malades qui survivent à l'amputation de la verge : cette assertion est presque un axiome. La gravité de cette opération ne paraît dépendre ni des dangers qui l'accompagnent (ils sont souvent fort médiocres), ni du volume de la partie. Il faut donc ici recourir à cet empire des organes génitaux sur tout l'organisme, à cette sympathie que chaque organe entretient avec tous les autres, sympathie d'autant plus importante que l'organe qui l'exerce est lui-même plus important. Les fonctions génitales s'éteignent graduellement avec la vie : il semble que le nombre des années devrait être pour quelque chose dans les résultats de l'opération. Toutefois, il n'en est pas ainsi; du moins la comparaison des faits qu'on a recueillis jusqu'à présent ne prouve rien de semblable. Il est digne de remarque que les amputations de la verge nécessitées par des dégénérescences syphilitiques offrent plus de chances de succès. Un vieil infirmier de l'Hôtel-Dieu, employé autrefois dans la salle des vénériens au Val-de-Grâce, nous a certifié y avoir vu plusieurs guérisons radicales. En conséquence de ces vérités, ne peut-on pas regarder la vieillesse comme une contre-indication, surtout lorsque le squirrhe n'est point ulcéré et que les douleurs lancinantes n'ont point encore commencé? Or, dans cette occasion, la prudence accoutumée de l'opérateur nous paraît avoir sommeillé. En effet, le sujet est âgé de soixante-quinze années, le squirrhe est parfaitement indolore et ne présente pas la plus légère ulcération; de plus, les glandes inguinales des deux côtés sont engorgées. Il est vrai que le malade assure que cet engorgement est antérieur à l'affection de la verge; mais qui connaît mieux que M. Dupuytren le peu de valeur de toutes ces assertions des malades?

» Racontons succinctement le fait : le malade est entré vers la mi-janvier pour être traité d'un squirrhe de la verge, qu'il dit ne dater que de quatre mois (1); les glandes inguinales s'étaient engorgées huit mois auparavant. Rien n'a été employé contre cette double affection. Cet homme est d'une petite stature; les facultés intellectuelles sont médiocrement développées. Il a toujours joui d'une fort bonne santé. Il s'est marié à trente ans et a eu deux enfants. Il ignore absolument ce que c'est qu'une maladie vénérienne. Lors de son entrée, la santé générale n'avait encore reçu aucune atteinte, la figure était bien colorée. Les trois quarts antérieurs de la verge formaient une espèce de massue fort dure, aplatie d'avant en arrière, indolore, du volume d'une verge ordinaire en érection. Le prépuce recouvre l'extrémité antérieure du squirrhe, et il ne reste qu'une simple ouverture pour le passage de l'urine. Ce malade, qui, sans doute, se sentait encore de l'aptitude pour les plaisirs de Vénus, ne voulut pas consentir d'abord à une ablation complète de sa verge; il suppliait M. Dupuytren de lui en laisser *au moins la moitié*. Il n'a

(1) Une de ses parentes nous a assuré l'autre jour que cette maladie date de neuf mois. (*Note du Rédacteur de la Gazette*.)

pas moins fallu d'une semaine pour lui faire entendre raison. L'opération a été enfin pratiquée, le 6 février, de la manière suivante :

» Le malade étant maintenu couché sur le dos, et un aide exerçant une forte pression sur le bord interne des branches du pubis, près la racine de la verge, M. Dupuytren empoigne fortement *la masse* de la main gauche, et fait remonter les téguments autant qu'il le peut, afin que leur cicatrisation ne gêne pas l'émission des urines (c'est l'inverse de ce qui se pratique dans toutes les autres amputations); de la droite, il saisit un couteau à amputations, et le faisant glisser rapidement de la pointe au talon, par un mouvement demi-circulaire, il divise en un clin-d'œil la totalité de la verge, à un pouce et demi de sa racine; puis il procède à la ligature des vaisseaux. Dix artères plus ou moins importantes ont été liées : quatre tégumentaires (deux supérieures et deux inférieures), les deux dorsales, les deux caverneuses, les deux artérioles qui longent les parties latérales de l'urètre. Une sonde est placée à demeure dans la vessie.

» Le squirrhe est blanc, d'une texture fibreuse, avec une petite proportion d'élément celluleux. Les trois premiers jours rien d'alarmant dans l'état du malade. Bientôt de vives douleurs de reins se font sentir ; on les combat inutilement par une application de cinquante sangsues ; le genou droit devient le siége d'une semblable douleur. Cependant le malade devient taciturne, il se décolore ; toute sa physionomie exprime la tristesse, l'étonnement. Il répond avec lenteur aux questions qu'on lui adresse, ses lèvres sont tremblotantes, ses paupières chassieuses. On applique des sangsues à l'anus pour combattre quelques symptômes abdominaux. Un vésicatoire qu'on avait établi le lendemain de l'opération, sèche, et il est remplacé par d'autres qu'on place à la nuque et aux cuisses.

» Le douzième jour, délire fugace, tremblement des membres : dix sangsues aux jugulaires. Le treizième jour, l'état nerveux s'aggrave. Il y succombe le quatorzième jour, à midi. » (Clinique de Dupuytren, *Gazette des hôpitaux*, 1830, t. III, n° 7, p. 25.)

Chelius a vu mourir de chagrin un homme chez qui l'amputation, comme opération, avait parfaitement réussi; et M. Vidal de Cassis en a vu un autre qui se suicida pendant sa convalescence.

Obs. 3. M. Roux rapporte, dans ses Leçons, un fait qui n'est pas moins concluant. Il y a quelques années un homme de cinquante ans subit l'amputation de la verge. Au moment de l'opération il paraissait avoir assez bien pris son parti, et voulut même, avant l'exécution, adresser une exhortation morale (son mal lui était venu par suite de libertinage) à son jeune auditoire ; mais peu de temps après il se plaignit d'insomnie et de douleurs dans le moignon de la verge ; des pilules d'opium lui furent prescrites. Le malade mourut tout à coup. Il s'était empoisonné en prenant d'une seule fois toutes les pilules opiacées qu'on lui avait données contre l'insomnie qu'il accusait, qu'il feignait.

Si, dans le cancer de la verge, la récidive est moins à craindre qu'ailleurs, les suites immédiates de l'opération ont donc un danger particulier dont il faut tenir un grand compte. L'exemple observé dans la famille de Buffon est une exception ; on sait que M. Roux amputa le pénis au frère de ce grand homme, et que l'opéré vécut encore de longs jours sans se montrer sensible à la mutilation.

Pour porter le pronostic de cette affection, on doit donc faire singulièrement attention au moral du sujet.

Il est sans nul doute aussi très-important d'apprécier la cause du mal ainsi que son étendue. La circonscription de la dégénérescence peut, en effet, permettre de conserver une partie de l'organe.

M. Pasquier a consigné dans la *Gazette des hôpitaux* d'importantes considérations sur la récidive du cancer de la verge. En voici la substance.

L'amputation de la verge fut faite à un nommé Guérinet, invalide, âgé de soixante-sept ans, par suite d'une affection cancéreuse : cette opération eut lieu en ville. La plaie se cicatrisa, mais le testicule gauche commença à se gonfler six mois après, et ce gonflement per-

sistait depuis trois mois ; c'est dans l'espoir de s'en débarrasser que, naguère, le malade entra à l'hôpital. D'abord on avait cru que cette affection pouvait être de nature pareille à celle de la verge, et exiger le même moyen curatif ; cependant, avant d'en venir à un parti décisif, le chirurgien essaya sagement quelques remèdes résolutifs, et il eut à s'en féliciter ; car l'engorgement finit par se dissiper sous l'influence des frictions de pommade d'hydriodate de potasse et l'usage continu des cataplasmes mercuriels.

Il n'est parvenu à la connaissance de M. Pasquier qu'un seul cas de récidive de cancer qui se soit jamais déclarée de la verge au testicule, ou *vice versâ*. Si la récidive a lieu dans le premier cas, c'est-à-dire après l'ablation du pénis, elle se manifeste presque toujours à l'aine ; dans le second, elle se fait ordinairement dans l'abdomen. Cette remarque qui est due à Boyer, peut être, dans la pratique, d'une grande utilité, car elle conduit, ainsi qu'on vient de le voir dans le fait précédent, à une médication conservatrice. Conséquemment, l'engorgement testiculaire coexistant au cancer de la verge, en général on peut assurer que cette glande ne partage pas la maladie cancéreuse, et que son gonflement n'est que purement irritatif. D'ailleurs, d'après son observation, Monteggia a dit que le cancer primitif et non cachectique n'attaquait presque jamais deux organes à la fois, cela est très-vrai, quoique M. Pasquier ait une fois vu, chez une vieille femme, les deux mamelles devenues cancéreuses ; ces cas sont excessivement rares. On ne rencontre pas, en général, chez un même sujet le cancer de la matrice, par exemple, et celui de la mamelle en même temps, non plus que celui de deux organes pairs (testicules, yeux, etc.) à la fois. La récidive suit aussi elle-même une certaine loi constante, ayant lieu soit dans la cicatrice, soit dans le trajet des vaisseaux lymphatiques qui en partent. Boyer citait cependant des cas de récidive successivement aux deux testicules ; ces cas sont exceptionnels et doivent être regardés comme tels. (V. Pasquier, *Gazette des hôpitaux*, 1836, t. x, p. 617.)

Traitement du cancer du pénis. Une fois le cancer de la verge confirmé, aucun médicament interne ou externe ne peut en arrêter la marche ; il faut emporter le mal pour le guérir. L'amputation est donc de rigueur ; elle est totale ou partielle.

a. *Amputation partielle du pénis.* Voici les préceptes que M. Vidal de Cassis donne sur ce point de médecine opératoire :

« Les cas qui nécessitent l'amputation partielle ne sont point rares ; car il est prouvé, comme je l'ai déjà dit, que souvent la gangrène, le cancer, enfin les maladies qui nécessitent cette opération, sont bornés à certaines parties du pénis.

» L'amputation partielle n'a pas de règles fixes ; ce sont les limites du mal qui tracent la marche du bistouri. Cependant on peut dire que quand le fourreau seul de la verge est affecté, on doit commencer par une incision selon l'axe de la verge. Ce premier temps de l'opération complète le diagnostic, car il indique à quelle profondeur va le mal. S'il se borne réellement aux enveloppes de la verge, on pratique une seconde incision dans le même sens, sur un point opposé à la première, et on a ainsi cerné deux lambeaux, que l'on dissèque et qu'on coupe à leur base. Si cette dissection ne découvre qu'une partie du gland, et si les corps caverneux sont malades, on les enlève en taillant sur les tissus sains ; on empiétera sur eux, surtout si on opère pour une affection cancéreuse ; si c'est pour une gangrène déjà arrêtée, ce précepte est d'une moins rigoureuse application ; il vaut mieux même sacrifier, le moins possible, du pénis. » (Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, t. v, p. 651.)

Ce que nous avons dit du pronostic est tout à fait d'accord avec les règles que pose M. Vidal de Cassis : il faut sacrifier le moins possible de l'organe ; ce qui assurément ne signifie pas qu'il soit convenable de laisser des parties suspectes, mais qu'il faut se borner à enlever toute la maladie. Sans doute, il pourra arriver qu'elle se reproduise dans le moignon,

parce qu'une racine du cancer aura échappé au bistouri, ou parce que la même influence qui a produit d'abord l'affection se répétera après l'opération, mais ce sera rare et le cas suivant est une exception, ainsi que celui de Hall, qui fut obligé d'amputer trois fois.

Obs. 4. « M..., âgé de 66 ans, était déjà affecté d'un phimosis congénital, lorsque, il y a quelques mois, la gravité des accidents l'obligea à réclamer les secours de M. Roux. Le prépuce, épais, endurci, fut incisé, puis excisé, mais le gland, en quelque sorte atrophié, fut trouvé le siége d'ulcérations et de végétations déprimées, tuberculeuses, qui furent excisées par tranches, jusqu'à leurs racines, avec le bistouri. Un érysipèle qui s'étendit des parties génitales sur les cuisses et l'abdomen, vint contrarier le traitement; néanmoins l'exanthème céda aux moyens appropriés, et la cicatrisation parut se consolider. Cependant, au bout de deux mois, de nouveaux tubercules apparurent sur la cicatrice, et dégénérèrent en ulcères, qui firent de tels progrès que l'amputation parut nécessaire et fut proposée; mais le malade s'y refusa et réclama d'autres secours. Les sangsues, la compression, les chlorures alcalins, les corrosifs furent vainement employés : ce mal gagnait en étendue et en profondeur ; enfin le malade se décida à l'opération, qui fut pratiquée le 14 septembre.

» Le gland était le siége d'un ulcère de l'étendue d'une pièce de deux francs, irrégulier, à bords coupés à pic, à fond rouge et grenu, parsemé de points grisâtres, s'étendant de la partie supérieure de l'organe jusqu'au prépuce, qui était entamé. Cependant les corps caverneux parurent intacts, la membrane fibreuse avait peut-être un peu plus de consistance et d'épaisseur au niveau de l'ulcère.

» Le corps de la verge ayant peu de longueur chez cet individu, M. Roux se dispensa d'observer le précepte de retirer la peau vers le gland, pour prévenir son agglomération en *cul-de-poule* au-devant du moignon. La peau et les corps caverneux furent coupés au même niveau et d'un seul coup dans l'espace qui séparait l'ulcère du pubis. Une particularité contraria l'introduction de la sonde de gomme élastique dans l'urètre : il existait un obstacle considérable au niveau de la prostate, les sondes des numéros 8 et 6 ne purent parvenir dans la vessie. M. Roux prit le parti d'introduire une petite sonde d'argent, avec laquelle il franchit l'obstacle. La présence de l'instrument tiraillait la peau de la verge, qui fut incisée sur le raphé. Ce contre-temps imprévu a fait dire à M. Roux qu'il eût peut-être été plus convenable de traiter le rétrécissement avant d'en venir à l'opération. » (Clinique de M. Roux, *Gaz. des Hôp.*, 1829-1830, t. II, p. 166.)

A la page 385 du même volume, la *Gazette des Hôpitaux* termine ainsi cette observation :

« L'opération pratiquée par M. Roux sur le malade affecté d'une espèce d'hypersarcose du prépuce et du gland n'a pas été aussi heureuse que l'espérait ce praticien : nous avons dit comment il avait en quelque sorte écorcé le gland, en enlevant couche par couche les parties malades ; la cicatrice parut d'abord bien se former, mais le 9 juin il s'était développé dans l'épaisseur du gland et dans la portion du prépuce qui avait été conservée près du frein, des tubercules carcinomateux. M. Roux n'avait donc fait que pallier le mal, ou en retarder les progrès pour épargner à cet homme l'amputation de la verge. Cette amputation devient aujourd'hui nécessaire, et M. Roux en a fait la proposition au malade. Les conditions paraissent favorables ; on peut largement agir sur les tissus sains. Il est vrai que presque toutes les glandes inguinales paraissent engorgées ; mais il suffit de se rappeler l'inflammation érysipélateuse qui avait envahi la verge et le scrotum pour sentir que cet engorgement ne contre-indique nullement l'opération. »

Des faits de ce genre n'autorisent point à emporter toute la verge quand l'extrémité seule est malade ; et il reste établi qu'il suffit de couper dans les parties saines. Ne laisse-t-on pas toujours en effet une partie de l'organe même en rasant le pubis, et cependant le mal récidive si rarement que M. Vidal de Cassis a pu se demander si l'on n'avait point

plus d'une fois enlevé pour des cancers des tumeurs d'une autre nature. Dès qu'il est prouvé qu'il n'est pas nécessaire d'emporter l'organe entier pour se mettre à l'abri de la récidive, il l'est également qu'on doit laisser le plus possible de la portion intacte ; car il est évident que ce n'est pas la quantité des parties saines qui ajoutera aux chances de la reproduction. Nous soumettons à M. Vidal de Cassis ces idées, qui ne nous paraissent que le développement des règles qu'il a tracées.

b. *Amputation totale du pénis.* L'amputation totale de la verge porte sur l'organe entier, qui est coupé en travers tandis que dans l'amputation partielle on retranche en tout ou en partie le prépuce et le gland et une portion du corps caverneux. Pour pratiquer l'opération, un aide fixe la verge à sa base, le chirurgien en saisit avec la main gauche l'extrémité enveloppée d'une compresse tandis que la main droite, armée d'un fort bistouri ou d'un petit couteau, coupe d'un seul coup tout le cylindre.

On a recommandé plusieurs précautions :

1° Ledran a proposé, et ce conseil a été généralement suivi, de retirer la peau vers la base du moignon, comme dans l'amputation des membres et de l'attirer vers son extrémité. Ce précepte est fondé sur la rétraction des corps caverneux après leur section, et sur ce que la peau laissée trop longue s'opposerait à la recherche des artères et à la libre émission de l'urine. Mais, ainsi que M. Vidal de Cassis en fait la remarque, il ne faut pas exagérer la rétraction de la peau, surtout quand on opère très-près du pubis ; en tirant trop les téguments vers le gland, on comprend dans la section une partie de la peau des bourses, et l'on s'expose ainsi à voir tomber l'urine sur une surface dénudée, et elle peut s'infiltrer ou produire une irritation dangereuse, ensuite la largeur de la plaie en retarde nécessairement la cicatrisation.

On ne doit donc appliquer le précepte de Ledran qu'avec intelligence et mesure.

2° pour éviter une trop grande perte de sang, pour faciliter la ligature des artères, M. Schrœger veut que l'opération se fasse en trois temps : 1. section de la peau du dos de la verge et ligature des artères dorsales ; 2. section des corps caverneux jusqu'à l'urètre, ligature des artères caverneuses ; 3. section de l'urètre et de la peau qui reste en dessous (voyez le *Traité de chirurgie* de Chelius.)

C'est allonger et compliquer l'opération sans nécessité ; en effet, rien n'est plus facile que de se rendre maître de l'écoulement de sang dans l'amputation de la verge.

3° Langenbeck indique une modification plus utile. Elle consiste, lorsqu'on est obligé d'aller réséquer les corps caverneux jusque sous l'arcade pubienne, à passer avant l'achèvement de l'amputation un fil dans la cloison, afin de neutraliser la rétractibilité des corps caverneux, et de les tenir à la portée du chirurgien pour poser les ligatures.

4° M. Barthélemy ayant rencontré quelques cas où, après l'amputation du pénis, l'introduction de la sonde dans l'urètre a présenté de grandes difficultés, a trouvé un moyen assez ingénieux d'éviter cet embarras. Il conseille de passer d'abord dans l'urètre, avant l'opération, une sonde élastique très-longue, qui arc-boute contre la paroi vésicale, alors on coupe la verge et la sonde avec. L'instrument que la main n'empêche plus d'obéir à son ressort, fait saillie par l'extrémité tronquée de l'urètre.

Si la difficulté est réelle, ce moyen est simple et convenable ; mais, d'après les cas assez nombreux dont nous avons été témoin, nous sommes bien loin de croire que ce soit là une précaution indispensable, et nous avouons que nous n'y avons jamais vu recourir personne, sans que pour cela on ait eu lieu de le regretter.

Pour empêcher la cicatrice de rétrécir l'orifice de l'urètre, il faut le tenir dilaté par une sonde à demeure, qu'on l'introduise avant ou après l'amputation.

CHAPITRE II.

MALADIES DES VÉSICULES SÉMINALES.

ARTICLE UNIQUE.

Pertes séminales involontaires, ou spermatorrhée.

Ce titre porte en lui-même sa définition. Il est bien entendu que le phénomène ne nous occupera qu'autant qu'il présentera un caractère morbide ; ce qu'il était presque inutile d'ajouter dans un livre de la nature de celui-ci, et ce qui serait un pléonasme si l'on adoptait exclusivement le mot *spermatorrhée.*

La spermatorrhée est une affection sur laquelle les anciens ne nous ont laissé que quelques mots que nous aurons occasion de citer. Pour trouver le sujet traité avec quelque importance, il faut arriver jusqu'à Wichmann, qui publia à Gœttingen, en 1782, une dissertation sur la *pollution diurne involontaire*; encore, comme on le voit, l'auteur n'envisage-t-il qu'une partie de la question. La brochure du médecin allemand était à peu près complétement inconnue en France, lorsque le docteur Sainte-Marie en donna, en 1817, une traduction enrichie d'un grand nombre de notes. La matière n'était donc qu'esquissée avant l'ouvrage de M. Lallemand (*Des pertes séminales involontaires,* 1836). Presque tous les auteurs qui avaient parlé des pollutions involontaires avant Wichmann et M. Lallemand, les avaient plus ou moins confondues, sous le nom de gonorrhée, avec le catarrhe urétral. Nous bornerons là, pour le moment, cet aperçu historique, que nous devons compléter chemin faisant dans le cours de ce chapitre.

Causes des pertes séminales involontaires. Ces causes sont nombreuses et il s'en trouve le plus souvent plusieurs qui ont produit sur le même sujet le développement de la maladie, en sorte qu'il peut être difficile, dans ces cas complexes, de faire la part de chacune d'elles. Cependant on parvient à les débrouiller plus ou moins, lorsque chacune d'elles domine ou se trouve isolée.

a. *Blennorrhagie.* La blennorrhagie est la cause la plus fréquente et la plus directe des pertes séminales involontaires. Sans doute elle est loin d'exercer la même influence chez tous les malades, et l'on a remarqué que ceux chez qui elle a surtout cette funeste conséquence sont ceux dont l'urètre a conservé une excessive sensibilité, principalement dans la région prostatique. Ils y ressentent habituellement de la douleur, de la pesanteur, de la chaleur, ou des élancements, des chatouillements pénibles, sensations exagérées par le passage des urines. Le cathétérisme, exercé avec les plus grands ménagements et une extrême douceur, a toujours déterminé chez eux des contractions spasmodiques, au point quelquefois de simuler des rétrécissements, et cette opération, si simple chez la plupart des malades, les jette dans un état nerveux presque alarmant, tout leur corps se couvre de sueur, et, la sonde retirée, il s'écoule du canal un sang rutilant plus ou moins abondant.

Cette susceptibilité de l'urètre, plus prononcée en général au niveau de la prostate, dispose l'irritation de la muqueuse à se propager aux vésicules séminales, aux canaux déférents et jusqu'aux testicules. Chez le sujet de l'observation suivante, comme chez beaucoup d'autres, l'orchite avait existé, ainsi qu'une cystite, et l'irritation entretenue dans la région a favorisé la spermatorrhée, sur le développement de laquelle la masturbation n'avait sans doute pas été sans influence.

OBS. 1re. « *Masturbation*; *blennorrhagie*; *injections*; *cystite*, *pollutions diurnes*; *traitements antivénériens nuisibles*; *cautérisation*, *eaux thermales*, *gommo-résineux*; *guérison.*

« M. F..., né en Catalogne, de parents hémorrhoïdaires, doué d'une bonne constitution, parcourut les treize premières années de sa vie dans un état de santé parfaite; mais le développement des organes génitaux fît naître des désirs impérieux qui provoquèrent des excès de masturbation; ils durèrent pendant neuf ans sans amener cependant d'altération notable dans la santé.

« En 1830, M. F..., âgé de vingt-deux

ans, contracta une blennorrhagie qui fut traitée par des injections astringentes; bientôt après survint une orchite accompagnée de vives douleurs dans le canal; cependant les injections furent continuées pendant vingt jours, c'est-à-dire jusqu'au moment où le malade, ne pouvant plus les supporter, consulta un autre médecin.

» Celui-ci fit prendre alternativement une forte dose de copahu et le lendemain un bain. Sous l'influence de ce nouveau traitement, érections plus douloureuses, tissu spongieux de l'urètre plus rigide, courbure de la verge plus grande, écoulement plus abondant.

» Le malade renonça dès lors à toute médication, et peu à peu ces accidents se dissipèrent; mais l'écoulement persista jusqu'en 1831, époque à laquelle il disparut, sans cause connue, pour faire place à des symptômes d'inflammation de la vessie, caractérisée par une vive douleur à l'hypogastre, un ténesme vésical continuel, des élancements fréquents à la fosse naviculaire, une vive rougeur du méat urinaire et du prépuce, un besoin pressant et irrésistible de rendre les urines, un sentiment de brûlure pendant leur émission, un dépôt sablonneux et grisâtre après le refroidissement.

» Plus tard, sinapismes aux cuisses, dépôt muqueux très-abondant dans les urines; sangsues à l'hypogastre, éruptions de boutons, soulagement; fomentations vinaigrées, guérison des boutons, vives douleurs dans les reins; sangsues aux lombes, bains tièdes, boissons adoucissantes, sous-carbonate de potasse, frictions ammoniacales, cataplasmes émollients, point d'amélioration durable. Ces insuccès firent croire à une cause syphilitique; on prescrivit en conséquence, des frictions mercurielles, la salsepareille et le rob de Laffecteur, mais ce traitement ne fit qu'aggraver les symptômes.

» En 1832, le malade prit, en Espagne, des bains sulfureux naturels très-énergiques, à trente degrés de température au thermomètre de Réaumur; il but aussi des mêmes eaux à quarante degrés. Au bout de dix jours, il éprouva de la diarrhée, un gonflement considérable des tumeurs hémorrhoïdales, des pertes de sang abondantes et répétées; accidents qui le forcèrent de suspendre l'usage des eaux au bout de dix jours. Depuis lors le malade fut sujet à des *vertiges*, à de fréquents *éblouissements*, à des *tintements d'oreilles* continuels.

» En septembre 1832, douze frictions mercurielles, alternées avec des bains tièdes, augmentation des symptômes cérébraux et génito-urinaires.

» Au commencement de 1833, dix-huit frictions mercurielles, sublimé à l'intérieur, fumigations avec le cinabre, etc. Malgré le régime le plus sévère et l'emploi des opiacés, ce troisième traitement antivénérien fut aussi nuisible que les précédents.

» Le malade vint alors à Montpellier dans l'état suivant :

» Face jaune, bouffie ; yeux enfoncés, cernés; démarche chancelante comme celle d'un homme ivre, vertiges, bourdonnements dans les oreilles, battements aux tempes; palpitations, essoufflement, surtout pendant la progression, qui est pénible et provoque souvent des mouvements convulsifs des membres ; digestion douloureuse, accompagnée de bouffées de chaleur et d'un développement considérable de gaz; selles *plus molles que dans l'état normal*; coliques fréquentes; ardeurs à l'anus; hémorrhoïdes sensibles et fluentes; douleurs qui traversent l'abdomen en passant par les reins et l'hypogastre; érections rares, incomplètes; émission de l'urine très-fréquente par un jet bifurqué, avec douleur au col de la vessie; urines déposant un sédiment grisâtre, sablonneux, au-dessus duquel surnagent des mucosités floconneuses, dégageant peu de temps après leur émission une odeur de chairs pourries; léger rétrécissement à deux pouces du méat urinaire; sensibilité excessive de la membrane muqueuse urétrale; pertes séminales fréquentes pendant la défécation; diminution de l'intelligence et de la mémoire; profonde hypochondrie; dégoût de la vie.

» Je cautérisai superficiellement le col de la vessie et la portion prostatique de l'urètre.

» L'amélioration ne fut pas aussi pro-

noncée que je l'avais espéré. J'aurais pratiqué une seconde cautérisation plus énergique, si la saison des eaux thermales n'était arrivée.

» J'envoyai d'abord le malade à Bagnères de Bigorre, où il fut plus mal; et, bientôt après, à Saint-Sauveur et à Baréges, dont il retira de meilleurs effets.

» A son retour, je le mis à l'usage de l'eau de goudron, des pilules de térébenthine, et le soumis à la diète lactée. Les heureux effets de ce traitement me dispensèrent d'une nouvelle cautérisation.

» Au printemps suivant, j'envoyai M. F... aux bains hydro-sulfureux d'Arles (près de Perpignan), où il acheva de se rétablir complétement.

» Quand je le revis dernièrement, sa figure était colorée et riante; il avait repris son embonpoint et sa vigueur; il gardait ses urines très-long-temps, et les rendait sans douleurs; elles restaient transparentes après s'être refroidies, et n'exhalaient plus de mauvaise odeur. Les pertes séminales avaient disparu, les érections étaient fréquentes et énergiques.

» Pour donner une idée du changement qui s'est opéré chez M. F..., je dois dire qu'il y croit à peine lui-même, et qu'il a besoin pour s'en convaincre de relire les consultations dont il a été l'objet; consultations qu'il porte toujours sur lui, et qu'il n'a pas même voulu confier à l'élève que j'avais chargé de rédiger son observation. Enfin, il n'a fait son dernier voyage à Montpellier que pour jouir de la surprise que me causerait son aspect, et j'ai eu réellement beaucoup de peine à le reconnaître.

» J'ai traité le frère de ce malade d'un rétrécissement; toute sa famille est sujette comme lui aux hémorrhoïdes; existait-il donc ici une disposition aux affections génito-urinaires comme aux hémorrhoïdes?

» Quoi qu'il en soit, la masturbation avait certainement déjà fatigué les organes spermatiques quand apparut la blennorrhagie, et il faut en tenir compte.

» A la suite des injections, l'inflammation s'est bientôt étendue aux testicules; peu de temps après, l'écoulement s'est supprimé et la vessie s'est enflammée ainsi que les reins. Voici donc encore un cas dans lequel la maladie s'est propagée également dans la direction des organes urinaires et spermatiques, et avec la même énergie.

» L'émission fréquente des urines, les contractions spasmodiques de la vessie, permettent de comprendre les pollutions produites par les contractions convulsives des vésicules séminales pendant l'émission des urines et la défécation. Ce n'était donc pas la compression des vésicules séminales qui déterminait l'évacuation du sperme. Le malade avait de la *diarrhée* ou ne rendait que des matières *très-molles*.

» Je ne prétends pas nier l'influence de cette compression dans beaucoup de cas; mais on s'est trompé quand on a cru qu'elle était la seule cause des pertes séminales qui ont lieu pendant la défécation. En y regardant de près, on eût bientôt remarqué que ces pertes sont souvent provoquées par la diarrhée, et ne s'observent pas toujours dans les plus violents efforts de la défécation; d'ailleurs les vésicules séminales ne sont pas comprimées par les urines, lorsque la vessie se contracte pour achever leur expulsion. Cependant des pertes séminales ont fréquemment lieu dans ce moment.

» Il faut donc nécessairement admettre que les vésicules partagent alors l'irritation du rectum et de la vessie; qu'elles entrent simultanément en contraction. Cette connexion se conçoit d'ailleurs facilement quand on pense que les mêmes troncs artériels, les mêmes plexus nerveux, se distribuent aux réservoirs du sperme, de l'urine et des matières fécales.

» La cautérisation n'a pas produit une amélioration immédiate bien prononcée; mais faut-il en conclure qu'elle ait été sans influence sur la guérison? Je ne le pense pas, et voici pourquoi,

» Dès le principe, le malade a essayé des bains hydro-sulfureux; après le dixième bain, il a été forcé d'y renoncer, tant les symptômes s'étaient exaspérés sous leur influence; cependant, après la cautérisation, ils n'ont produit que des effets avantageux, et l'année suivante ils ont achevé la guérison. Des résultats si

opposés ne peuvent être attribués qu'à la diminution de sensibilité de la membrane muqueuse de l'urètre, et cette modification ne peut avoir été opérée que par la cautérisation.

» Nous voyons encore ici des traitements antivénériens administrés avec obstination, quoique le malade n'ait eu qu'une simple blennorrhagie : ils ont fait plus de mal que les injections et le copahu. » (Lallemand, *Des pertes séminales involontaires*, t. I, p. 165.)

Ce fait est un exemple de la difficulté que l'on trouve la plupart du temps à apprécier le degré d'influence de chaque cause, un plus ou moins grand nombre étant presque toujours combinées. Ici, en effet, on peut accuser à peu près avec une égale justice l'onanisme, la blennorrhagie, les injections, l'orchite et la cystite. Toujours est-il que l'irritation qui a placé ces organes dans une habitude de congestion et de sensibilité exagérée occasionne le développement de la spermatorrhée. M. Lallemand rapporte, pour le prouver, une foule de faits que nous ne pouvons pas reproduire ici. Il nous suffit d'avoir établi l'influence de la blennorrhagie.

b. *Injections astringentes dans l'urètre.* Une chose que nous devons rapprocher de la blennorrhagie, ce sont les injections astringentes destinées à l'arrêter, et quelques autres moyens de traitement trop irritants pour le canal. M. Civiale s'exprime ainsi à cet égard :

« Ce qui me frappe dans plusieurs ouvrages récents sur les maladies de l'appareil génito-urinaire, c'est l'unanimité d'opinion des auteurs relativement aux dangers des traitements accrédités contre ces affections et dont la plupart sont plus propres à les entretenir, à les provoquer même, qu'à les faire cesser. Cette remarque trouve surtout sa juste application dans le cas dont je m'occupe. Les divers agents administrés soit par l'estomac ou l'anus, soit en injections dans l'urètre, dont on se sert pour tarir les écoulements urétraux, sont généralement plus nuisibles qu'utiles; ils peuvent être rangés parmi les plus puissantes causes des maladies des vésicules séminales. Cette vérité devient chaque jour plus populaire, non-seulement parmi les médecins, mais encore parmi les malades éclairés. Cependant elle demeure stérile, tant est grand le pouvoir de l'habitude et de la routine ! Ainsi les lavements irritants, les injections astringentes dans l'urètre, les applications de caustiques, les violences exercées par le passage des bougies et des sondes, entraînent trop souvent le développement de lésions plus ou moins profondes des vésicules séminales et des canaux éjaculateurs, d'où proviennent tantôt des écoulements mixtes fort opiniâtres, tantôt d'incurables altérations organiques. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, IIe part., p. 156.)

MM. Lallemand, Vidal de Cassis, tous les bons observateurs parlent dans le même sens; il est donc très-important d'avoir l'œil ouvert sur ce danger dans le traitement des affections de l'urètre.

c. *Rétrécissements de l'urètre.* L'inflammation chronique dont les rétrécissements sont presque incessamment le siége, ainsi que leurs environs, doit avoir une singulière facilité à s'étendre aux conduits éjaculateurs, et à remonter par eux dans tout l'appareil séminal. On conçoit, en effet, que la pression de l'urine arrêtée derrière l'obstacle s'ouvre les canaux éjaculateurs, et que ce liquide y pénètre en y exerçant ses propriétés irritantes.

« Quand l'obstacle est très-considérable, dit M. Lallemand, les efforts de la vessie peuvent être assez puissants pour faire refluer le liquide jusque dans les vésicules séminales par les canaux éjaculateurs, et cela se conçoit puisqu'il en résulte si souvent une rupture du canal.» (Lallemand, *l. cit.*, t. III, p. 295.)

« Effectivement, ajoute M. Civiale, c'est surtout quand la partie de l'urètre située derrière la coarctation devient le siége d'une phlegmasie chronique qu'on rencontre et la dilatation plus considérable des conduits éjaculateurs, et les collections purulentes des vésicules séminales... et j'ai l'intime conviction que leurs maladies ne reconnaissent pas de cause plus fréquente et plus énergique. » (Civiale, IIe part., p. 155.)

Parmi les nombreux exemples que nous pouvons choisir, nous en emprun-

terons un à un autre ouvrage de M. Lallemand, à ses *Leçons cliniques*, rédigées par M. Kaula.

L'observation a été recueillie par le malade, qui était étudiant en médecine.

OBS. 2. « *Blennorrhagies. Rétrécissement, écoulement muqueux, pertes séminales, sensibilité excessive du canal. Dilatation intermittente. Guérison.*

» M. H..., étudiant en médecine, d'un tempérament lymphatico-nerveux, avait contracté plusieurs blennorrhagies dans l'espace de quatre ans.

» A l'âge de vingt-deux ans, ayant fait des excès de bière, il fut pris d'une dysurie qui disparut promptement; mais le jet des urines, bifurqué, tournoyant, devenait toujours de plus en plus mince. A cette époque, le malade ayant résisté à un pressant besoin d'uriner, eut une rétention complète, qui ne céda qu'au bout de dix-huit heures, à l'usage de la pommade de belladone en frictions sur le périnée; le cathétérisme fut impossible; une contraction spasmodique du canal empêcha même de retirer l'instrument, qui resta près d'une heure engagé dans l'urètre.

» A l'âge de vingt-trois ans, en 1843, M. H... vint à Montpellier. Depuis six mois un suintement muqueux s'était joint à la difficulté d'uriner; les dernières gouttes d'urine étaient suivies d'un sentiment de plaisir qui indiquait une émission involontaire du sperme : les urines troubles, nauséabondes, laissaient déposer au fond du vase des mucosités abondantes, le jet était très-petit; enfin vers le mois d'octobre, M. H... ayant commis des excès de boissons et de femmes, les symptômes devinrent plus graves : les besoins d'uriner très-fréquents n'amenaient que la sortie d'une très-petite quantité de liquide; pendant les efforts auxquels le malade se livrait, la face était rouge, injectée, la respiration haletante; la verge se gonflait, se contractait spasmodiquement, et suspendait pendant quelques instants la miction; en même temps, l'issue des matières fécales, d'une consistance diarrhéique, était involontaire; l'économie générale participa dès lors à cette affection locale : l'estomac devint paresseux, des symptômes de gastrite se manifestèrent, le sommeil était pénible, le caractère s'aigrit et s'assombrit. « Je connaissais, dit-il, mon état, je voyais ma prostate rongée par l'urine, mes vésicules séminales laissant échapper un sperme mal élaboré; les observations rapportées dans l'ouvrage de M. Lallemand me revenaient à l'esprit; je faisais mon autopsie; malgré moi je redoutais le cathétérisme; la seule idée d'une sonde me faisait frémir, et cependant j'étais persuadé qu'il n'y avait pas d'autre moyen de me débarrasser de ma dégoûtante infirmité. Aujourd'hui que j'écris ces lignes et que j'ai vu plusieurs cas de ce genre, je reconnais que j'ai eu des pertes séminales qui ont probablement influé sur mon humeur naturellement gaie et insouciante. »

»Le 2 octobre 1843, introduction d'une sonde en argent n° 2; manœuvres longues et pénibles; rétrécissement très-étendu et très-étroit à la fin de la portion droite de l'urètre; sensibilité très-vive du canal; douleur horrible dans la vessie, qui se contracte sur la sonde; vomissement bilieux, fièvre intense. L'instrument ne peut être supporté que six heures.

» Le 3, le jet de l'urine est beaucoup plus volumineux (bain d'eau de son, diète). Fièvre violente, pouls fébrile, langue rouge, sèche, prostration.

» Le 10, les accidents se sont calmés; introduction plus facile d'une sonde en gomme élastique n° 2, elle est gardée pendant cinq heures. Agitation, urine sanguinolente, selles involontaires (bain).

» Le 11, sonde n° 3 pendant quatre heures; peu de douleurs. Elle est remplacée par une autre un peu plus grosse, qui est gardée autant de temps que la première.

» Le 12, tous ces accidents se calment spontanément par le repos.

» Le 13, sonde n° 4 pendant six heures. Agitation, douleurs vives dans le canal; elles s'étendent bientôt au testicule droit qui se gonfle; urines très-abondantes; ténesme dans le rectum.

» Le 15, sondes nos 5 et 6 dans l'espace de huit heures. Besoin d'uriner moins fréquent; douleurs moins vives. Pollution nocturne.

» Le 16, sonde n° 7 pendant quatre heures.

» Le 18, sonde n° 8 pendant cinq heures.

» Le 21, sonde n° 10 seulement pendant deux heures ; hématurie abondante : douleurs excessives dans la région prostatique (bains, lavements).

» Le 24, sonde n° 11 pendant quatre heures. Accidents généraux aussi violents que lors de l'introduction de la première sonde. Écoulement muqueux abondant (bains, boissons rafraîchissantes).

» Le 30, l'écoulement muqueux a disparu, le jet de l'urine est plus volumineux qu'à l'état normal ; on juge la dilatation suffisante. Depuis lors, aucun resserrement consécutif ne s'est manifesté.

» Nous avons rapporté cette observation avec détails pour montrer que dans les cas où la susceptibilité du canal est excessive, où la présence de la sonde détermine des accidents nerveux, de la fièvre, etc., il est cependant encore possible d'obtenir une dilatation *rapide*, en laissant assez d'intervalle entre l'introduction du corps dilatant, pour que l'irritation ait le temps de se dissiper.

» Chez M. H..., la sonde n'a jamais pu être supportée plus de huit heures de suite, et cependant la dilatation du rétrécissement a été obtenue complétement, dans l'espace d'un mois, par quarante-huit heures de la présence des sondes. Toujours les accidents se sont dissipés spontanément, peu de temps après la soustraction de l'instrument, et leur intensité a chaque fois été moindre.

» En général, dans les cas analogues, les accidents ne doivent être combattus que par les bains, des cataplasmes émollients et narcotiques, des boissons rafraîchissantes, des lavements, etc. : sitôt qu'ils sont calmés, il faut engager les malades à prendre quelque exercice en plein air. » (Lallemand, *Clinique médico-chirurgicale*, 1re part., p. 106.)

Nous ne saurions nous empêcher de faire ici une remarque, c'est que les rétrécissements du canal de l'urètre peuvent à la fois détourner le sperme et le faire refluer dans la vessie, ainsi que nous en avons rapporté un exemple à l'article Rétrécissements de l'urètre (voyez *Bibliothèque du médecin praticien*, t. IV), et détourner l'urine ou l'engager dans les canaux éjaculateurs vers les vésicules séminales, comme dans un diverticulum accidentel.

Quoi qu'il en soit de ces phénomènes, qui, s'ils ne sont pas encore démontrés sont au moins très-probables, ce qui reste incontestable c'est l'influence des rétrécissements de l'urètre sur le développement des pertes séminales involontaires.

d. *Affections cutanées.* Les affections de la peau, par la facilité qu'elles montrent à se transporter sur les muqueuses, jouent ici, d'après M. Lallemand, un rôle très important. L'auteur cite à l'appui de sa manière de voir beaucoup d'observations. Mais dans la plupart d'entre elles l'effet de cette cause n'étant pas dégagé de l'effet de plusieurs autres causes coexistantes, nous nous bornerons à reproduire le seul fait où cette complexité ne vient point obscurcir la question.

Obs. 3. « J'ai en ce moment sous les yeux un malade qui eut, à quatorze ans, une dartre farineuse à la tête ; elle disparut à dix-neuf ans, et fut remplacée par une inflammation chronique de la membrane muqueuse pulmonaire. Après la guérison de ce catarrhe, il se manifesta, *sans cause connue*, une douleur au col de la vessie, accompagnée de démangeaisons, d'élancements semblables à des coups de lancette, et de pesanteur dans le rectum : un écoulement se déclara ; les cordons spermatiques devinrent gonflés, douloureux, ainsi que les testicules, et le malade éprouve maintenant des pollutions diurnes, avec tous les accidents qui en sont les conséquences. » (Lallemand, *Des pertes séminales involontaires*, t. I, p. 225.)

Il serait difficile de ne pas reconnaître ici la métastase de l'affection cutanée sur les organes séminaux.

e. *Affections du rectum.* Les maladies de l'extrémité terminale du tube digestif peuvent produire la spermatorrhée de deux manières : 1° mécaniquement par la compression des vésicules séminales ; 2° par l'irritation qu'elles y envoient ou y provoquent.

Parmi les causes qui agissent mécaniquement on doit mettre en première ligne la constipation ; viennent ensuite les diverses tumeurs morbides, organiques, dont le rectum peut être le siége. Ainsi tout ce qui favorise ou occasionne la constipation provoque ou prépare les pertes séminales involontaires ; aussi n'est-il pas rare de les observer avec ou après la fissure à l'anus.

Les cas où les affections du rectum agissent sur l'appareil séminal d'une manière vitale sont la diarrhée, les hémorrhoïdes, etc. Et il est remarquable ici que la constipation et la diarrhée ont le même effet par une action différente, l'une mécanique, l'autre d'une manière vitale. Souvent ces deux modes d'influence se combinent pour amener le même résultat : la spermatorrhée ; et c'est tout simple ; une tumeur rectale ne s'accompagne-t-elle pas tôt ou tard d'une irritation variable d'intensité, mais constante?

Une influence qui se rattache aux maladies du rectum c'est l'équitation, qui agit indirectement, en produisant la constipation, ou directement. Chez le sujet dont on va lire l'histoire, elle eut le premier de ces deux modes d'action.

Obs. 4. « *Équitation, pollutions, impuissance, congestions cérébrales violentes, répétées,* etc. : *douches ascendantes, cautérisation, bains sulfureux, douches chaudes et froides sur les lombes et sur le périnée, guérison.*

» M. de B... vint me consulter, dans le mois de mai 1834, pour une affection cérébrale sur la nature de laquelle des médecins distingués n'étaient pas d'accord, mais qu'ils regardaient tous comme très-grave.

» Il était d'une taille moyenne, avait la poitrine large, le système musculaire très-développé, les cheveux touffus et bruns, la barbe épaisse, la figure pleine et fortement colorée.

» Malgré ces apparences de vigueur et de santé, je remarquai bientôt que ses genoux étaient légèrement fléchis, et qu'il ne pouvait rester debout sans porter continuellement le poids de son corps d'une jambe sur l'autre : sa voix était faible et voilée; sa langue était embarrassée et n'articulait les sons que d'une manière confuse ; son attitude était timide, et son regard avait quelque chose d'inquiet et de suppliant : il était marié depuis quinze jours.

» Sa belle-mère et sa jeune épouse, qui l'accompagnaient, m'apprirent qu'à partir de cette époque il avait eu plusieurs *coups de sang*, pendant lesquels sa figure était fortement injectée. La première fois, le médecin, appelé pendant la nuit, s'était hâté de pratiquer une saignée d'environ trois livres, *qui avait prévenu l'apoplexie*. D'autres saignées, plusieurs applications de sangsues, avaient arrêté d'autres congestions, mais n'avaient pas empêché leur retour. Le malade était même devenu sujet à des vertiges, et ne pouvait plus regarder en haut sans risquer de se trouver mal ; ses jambes étaient affaiblies au point qu'il avait fait plusieurs chutes en marchant sur un sol très-uni : ses idées avaient perdu de leur clarté ; sa mémoire se trouvait souvent en défaut.

» Ces symptômes ayant jeté la consternation dans les deux familles, on s'était rendu à Marseille. Plusieurs praticiens éclairés s'étaient accordés sur l'existence de la maladie grave du cerveau, sans pouvoir s'entendre sur sa nature, la majorité croyait cependant à un *ramollissement du cerveau*, mon nom avait été prononcé dans la discussion... Le lendemain on s'était décidé à me conduire le malade...

» Sa contenance pendant tout ce récit, la coïncidence de ces congestions avec l'époque de son mariage, le mauvais effet des émissions sanguines, me firent désirer d'avoir avec lui une conversation particulière.

» Dès que nous fûmes seuls, je lui demandai ce qui s'était passé : il me comprit parfaitement, et m'apprit en balbutiant que l'apparition inattendue de la menstruation avait d'abord empêché tout rapport intime, et qu'ensuite il s'était trouvé tout à fait impuissant. Il attribuait sa catastrophe à la présence des règles, aux congestions cérébrales, aux évacuations sanguines qu'elles avaient exigées, etc.

» Mais ce n'était là qu'une pure illusion

d'amour-propre ; j'eus bientôt remonté à la cause première de cette impuissance : il s'agissait, comme je l'avais soupçonné dès le principe, de pollutions diurnes.

» Voici ce que j'appris à force de questions.

» A seize ans, M. de B... avait une constitution des plus robustes, un caractère ardent et passionné. Mis au collége, il y contracta l'habitude de la masturbation : au bout de *trois mois* il eut des pollutions nocturnes très-fréquentes, des douleurs dans la poitrine, des palpitations incommodes qui l'avertirent du danger qu'il courait ; il se corrigea et retourna dans sa famille.

» Devenu libre, il dompta la fougue de son tempérament par les exercices les plus violents : tels que la chasse et surtout l'équitation ; il s'adonna aux travaux agricoles avec une sorte de passion. Ce nouveau genre de vie rétablit si complétement sa santé, qu'il était habituellement tourmenté par des érections énergiques, importunes, contre lesquelles il employait ordinairement des lotions froides, des bains de rivière par les temps les plus rigoureux, etc.

» Il ne fit jamais d'excès avec les femmes, et fut exempt de toute affection blennorrhagique ou syphilitique.

» En 1831, ses érections se calmèrent un peu ; il devint très-constipé : ce qu'il attribua aux exercices auxquels il se livrait, et en particulier à celui du cheval.

» En 1832, il éprouva de l'engourdissement et des fourmillements dans les pieds et dans les jambes.

» En 1833, il lui survint des éblouissements fréquents, des vertiges, du trouble dans la vue, des bouffées de chaleur à la figure ; il attribua ces accidents à l'augmentation de la constipation. En même temps, les érections devinrent de plus en plus rares, moins énergiques, enfin incomplètes ; l'aptitude aux travaux intellectuels diminua ; les congestions cérébrales augmentèrent de fréquence et d'intensité ; la figure devint habituellement très-colorée, la tête brûlante : une douleur presque constante se fixa vers les orbites ; le caractère devint inquiet, acariâtre.

» Le médecin de la maison, attribuant tous ces symptômes à un état pléthorique, pratiqua plusieurs saignées qui ne produisirent aucune amélioration.

» Dans le mois de mars 1834, un mariage de convenance fut arrangé entre M. de B... et une jeune personne charmante qui habitait une campagne distante d'environ deux lieues ; le futur, pour voir sa fiancée et surveiller l'exploitation de ses propriétés, fut obligé de faire des courses longues et répétées : à l'approche des noces, elles se multiplièrent tellement qu'il passait presque tout son temps à cheval. La constipation s'en accrut encore ; M. de B... passa *quarante jours* sans aller à la selle : pendant les efforts de la défécation, il rendit une grande quantité de sperme *par bordées* quoique la verge ne fût pas en érection. Il avait déjà remarqué plusieurs fois le même accident ; mais, l'attribuant à un excès de continence, il s'en était peu inquiété. Ses urines, habituellement troubles, étaient rendues avec lenteur et difficulté ; elles déposaient en abondance une matière *épaisse et floconneuse*.

» Il voyait arriver le moment de son bonheur avec une inquiétude vague, dont il ne pouvait se rendre compte : il aimait beaucoup sa future ; cependant il éprouvait près d'elle plus d'embarras que de plaisir.

» J'ai dit ce qui était arrivé, ce que j'avais observé : je dois ajouter ici qu'ayant examiné les organes génitaux, je les trouvai, contre mon attente, d'un développement très-remarquable ; la verge avait des dimensions peu communes ; les testicules étaient gros et fermes, seulement le scrotum était un peu allongé ; le malade éprouvait dans toutes ces parties un fourmillement, un engourdissement singulier ; il lui semblait qu'elles étaient serrées par une main de fer : ces sensations augmentaient quand il était couché près de sa femme ; la verge diminuait même de volume, se flétrissait, se retirait vers le pubis en proportion des manœuvres qu'il employait pour provoquer l'érection.

» La réunion de toutes ces circonstances ne pouvait me laisser aucun doute sur la nature de la maladie, il

était évident qu'il fallait abandonner toute idée d'affection cérébrale, et rapporter à la constipation les pollutions diurnes ainsi que tous les accidents qui en étaient la conséquence.

» La première indication était donc de faire cesser la constipation ; j'espérai même que ce serait la seule : l'âge du malade, la vigueur de sa constitution, l'état remarquable des organes génitaux devaient, en effet, me faire supposer que la guérison serait prompte et facile ; les choses ne se passèrent pourtant pas d'une manière aussi simple.

» Le lendemain, le malade commença l'usage des douches ascendantes ; il fut mis au régime végétal et au lait glacé.

» Les premières douches produisirent l'évacuation d'une immense quantité de matières fécales, dures comme des cailloux : c'est seulement après la sixième qu'elles sortirent avec une consistance ordinaire. Je fis alors abaisser la température de l'eau à 25 degrés, puis à 20 ; les dernières douches furent données à 16. Après la douzième, j'en fis suspendre l'usage, et depuis ce moment les selles eurent lieu régulièrement tous les jours, sans le moindre effort.

» Pendant ce temps la figure du malade perdit sa couleur violacée, prit un aspect plus naturel ; les étourdissements diminuèrent peu à peu, et finirent par disparaître complétement ; les jambes reprirent de la force ; la station put être prolongée sans incommodité ; les courses très-longues à pied purent être exécutées sans fatigue ; la voix se renforça ; l'œil prit de la vivacité, et tous les mouvements acquirent une certaine assurance.

» Au bout de quinze jours, les pertes séminales avaient complétement disparu pendant la défécation, mais les urines paraissaient encore troubles. Les érections avaient repris assez d'énergie pour que le malade pût croire à sa gu'rison. Cependant, chaque fois qu'il voulut en acquérir la preuve, la rigidité de la verge se dissipa peu à peu, ou bien une éjaculation précipitée y mit fin tout à coup. L'usage de la glace et des lotions froides n'amena pas de meilleurs résultats.

» Au bout d'un mois, je me déterminai à pratiquer une cautérisation sur la portion prostatique de l'urètre, afin d'agir directement sur l'orifice des canaux éjaculateurs. Quand l'inflammation fut passée, les érections devinrent plus complètes, plus énergiques ; cependant l'éjaculation se fit toujours avec trop de promptitude pour permettre la défloration.

» L'époque des eaux thermales étant arrivée, j'envoyai le malade à Aix en Savoie, où je le trouvai peu de temps après. Il n'avait pas éprouvé d'amélioration notable de l'usage des eaux en bains et en boissons.

» Je lui fis prendre des douches, alternativement très-chaudes et très-froides, sur les lombes et le périnée. On changeait de robinet lorsque la sensation de chaud ou de froid devenait insupportable ; on terminait, au bout de vingt ou vingt-cinq minutes par la douche froide. La peau restait ensuite injectée pendant plusieurs heures.

» L'effet de ces douches fut décisif ; après la première, les érections eurent un caractère de vigueur et de durée qui rappelait au malade ses anciens tourments. Il put enfin atteindre le but de tous ses désirs, malgré ses appréhensions et la disproportion ordinaire des parties.

» Il a continué quelques jours l'usage de ses douches. Lorsqu'il est parti, les fonctions génitales étaient aussi complétement rétablies que toutes les autres ; seulement, et c'est une chose bien remarquable, depuis l'usage de ces douches, l'éjaculation est devenue extrêmement tardive.

« Je suis peut-être entré dans des détails bien minutieux ; mais ce sujet se rattache aux plus graves intérêts de la société, au bonheur, au repos des familles. J'avoue d'ailleurs que j'ai été vivement frappé de la position d'un jeune homme dont le malheur n'était pas mérité et ne pouvait être prévu ; d'une jeune fille de seize ans, forcée d'entrer dans des confidences délicates, résignée à tout, par amour et par devoir...

» Il est évident que c'est la constipation qui a été cause des pertes séminales.

» Le malade s'est livré à la masturbation, des pollutions ont succédé à ces excès, mais elles n'ont duré que trois mois, et la santé, un instant dérangée, s'est bientôt rétablie, sous l'influence des exercices les plus violents. M. de B... fut même tourmenté pendant plusieurs années par des désirs vénériens qui devaient être bien énergiques, si l'on en juge par les moyens auxquels il avait recours pour les combattre.

» Depuis cette époque, il n'a commis aucun excès; il n'a eu ni blennorrhagie ni syphilis; il n'y a donc, dans toute l'histoire de sa vie, que la constipation qui puisse expliquer les pertes séminales.

» Mais à quoi faut-il attribuer cette constipation?

» D'après tous les renseignements que le malade m'a donnés sur son genre de vie, je suis resté convaincu qu'il fallait en accuser l'équitation. En effet, il passait quelquefois des journées tout entières à cheval, soit pour chasser, soit pour surveiller l'exploitation de ses propriétés. A l'approche de son mariage, ces courses devinrent plus fréquentes et plus longues; la constipation dura jusqu'à quarante jours. La faiblesse des jambes, les étourdissements, etc., augmentèrent dans la même proportion. Cette influence du cheval sur la marge de l'anus et le rectum est, au reste, une chose commune et facile à expliquer.

» Cette observation rappelle involontairement l'opinion bien connue d'Hippocrate sur l'impuissan e des Scythes, opinion qui doit avoir été fondée sur des faits analogues à celui-ci. Je reviendrai sur ce sujet; mais puisqu'il était question des causes qui peuvent agir sur les vésicules séminales par le rectum, j'ai voulu rapporter un exemple frappant de l'influence de l'équitation.

» M. de B..., nourri d'aliments succulents, d'un tempérament sanguin très-prononcé, avait la poitrine large, les muscles épais et la figure très-colorée; il n'est pas étonnant qu'on l'ait saigné souvent pour combattre les congestions cérébrales auxquelles il était sujet; que la nuit de sa mésaventure le sang lui ait porté à la tête avec plus d'impétuosité; qu'on ait cru à une menace imminente d'apoplexie; qu'on ait ensuite attribué la faiblesse des jambes, les chutes fréquentes, les vertiges, à une altération déjà avancée de la substance cérébrale. Tout cela était certainement très-naturel; cependant rien de tout cela n'était fondé, et je m'en suis douté dès les premiers instants, quoique le malade m'eût été amené pour une affection cérébrale.

» Pourquoi ai-je éprouvé cette impression, c'est que j'avais déjà vu beaucoup de cas analogues; c'est qu'il existe, chez tous ces malades, dans les yeux, dans la voix, dans la pose, dans le facies quelque chose de timide et de honteux qu'aucune expression ne peut rendre, mais qu'on prend l'habitude de démêler sans trop s'en rendre compte.

» Quoi qu'il en soit, le fait est bien propre à rendre circonspect. J'avoue que les saignées semblaient bien indiquées; mais jamais elles n'ont produit de bons effets, immédiats ou éloignés; en y regardant de près on eût même vu que les accidents augmentaient bientôt après. Mais la prévention jette un voile épais entre les objets et les yeux les plus perçants.

» C'est surtout cette prévention que je voudrais faire cesser. Il suffit qu'on sache bien qu'on peut se tromper complétement, dans les cas qui paraissent les plus évidents, pour qu'on doute, et le doute est un grand pas vers la vérité.

» Les douches ascendantes ont fait cesser la constipation; mais la liberté des selles n'a pas suffi pour amener la guérison. Les pertes séminales ont diminué et même cessé pendant la défécation, mais les urines sont restées troubles, les érections incomplètes. La glace, la cautérisation, l'usage des eaux sulfureuses, n'ont pas eu assez d'influence pour achever le rétablissement.

» Il ne pouvait cependant exister aucune lésion grave des organes génitaux. On ne peut donc attribuer cette persistance qu'au relâchement des canaux éjaculateurs contracté par une longue habitude de laisser échapper le sperme d'une manière passive, ce qui prouve combien il est important de faire cesser cette habitude le plus tôt possible.

» Les douches chaudes et froides sur

les lombes et le périnée, ont produit un changement subit et décisif; j'en ai obtenu les mêmes résultats dans les cas analogues. Je reviendrai sur leur administration, etc.; mais, en attendant, je crois devoir prévenir qu'elles ne m'ont jamais réussi lorsqu'il existait de l'irritation dans les organes génitaux. » (Lallemand, *Des pertes séminales involontaires*, t. I, p. 257.)

L'équitation favorise la production des pertes séminales involontaires directement, en faisant naître et en entretenant dans la région une irritation due à la chaleur de la partie sur la selle, à l'ébranlement et aux secousses répétées résultant de la marche du cheval. Il est bon cependant de faire observer que cette influence n'est suivie d'effet que dans les cas où elle n'est pas seule, dans ceux où elle trouve déjà le sujet prédisposé. Toujours est-il que l'équitation provoque dans la région des organes séminaux une excitation qui, jointe à d'autres causes impuissantes sans elle, peut occasionner la spermatorrhée.

f. *Masturbation.* La masturbation fait naître, en raison de sa fréquence, dans les organes séminaux, un état de phlogose qui détermine la spermatorrhée. C'est là son mode d'action le plus commun; mais il se peut aussi que l'appareil génital, fatigué, relâché ainsi qu'on le dit, laisse échapper la semence, comme par une sorte d'inertie. M. Lallemand, tout en accordant à cette cause une grande importance, ne la fait venir sous ce rapport qu'après la blennorrhagie. Sans contredire une aussi grave autorité, nous ferons observer que les faits que nous avons rencontrés et ceux que l'auteur a consignés dans son ouvrage sembleraient placer la masturbation en première ligne parmi les causes des pertes séminales involontaires. Les exemples de ce genre abondent, et nous nous dispenserions d'en rapporter aucun, s'il ne convenait d'appuyer au moins sur un fait chacun des principes étiologiques les plus importants d'une maladie encore peu connue. C'est à ce titre que nous donnons l'observation suivante. Comme elle est trop longue pour être reproduite textuellement, nous l'analysons :

Obs. 5. Constitution robuste, à 8 ans le malade se livra à la masturbation. Le premier effet qu'il en éprouva fut un besoin fréquent d'uriner. A douze ans il en était tellement tourmenté qu'il était quelquefois obligé d'y céder jusqu'à *quinze* fois dans une heure. La plus petite quantité d'urine provoquait de nouvelles contractions. Cette susceptibilité des organes urinaires diminua peu à peu; mais, malgré les nombreux moyens qui ont été employés, elle ne cessa jamais complétement.

A seize ans, il espéra triompher de cette mauvaise habitude en fréquentant des filles publiques; mais plusieurs fois il se trouva *complétement impuissant*, et la honte le ramena à ses mauvaises habitudes. Nouveaux efforts pour s'en affranchir; pollutions nocturnes qui le firent souvent perdre courage. Enfin il parvient à se corriger complétement, sans voir reparaître les pollutions nocturnes. Cependant, loin de se rétablir, sa santé ne fit que s'altérer de plus en plus; les érections devinrent moins fréquentes, moins prolongées, incomplètes: elles cessèrent même peu à peu, ainsi que tout désir vénérien.

Quelque temps après, son médecin lui conseilla d'aller à Montpellier. Voici quelques passages d'une note qu'il me remit en arrivant, au commencement de mai 1837 :

Je suis faible, dit-il, chancelant, très-impressionnable au froid, je m'enrhume très-facilement et j'éprouve des douleurs vagues par tout le corps. Ma peau est sèche, ma mémoire fugitive; mes digestions sont laborieuses, mes extrémités toujours glacées, mes bourses pendantes, mes testicules mous et *très-sensibles;* j'y éprouve souvent une sensation lourde et *douloureuse*, comme s'ils étaient fortement comprimés : le sperme qu'ils sécrètent est *clair*, *aqueux*, *sans odeur*, si j'en juge d'après les dernières évacuations nocturnes que j'ai observées. Les dernières gouttes d'urine ne sont rendues qu'avec effort; elles sont *gommeuses*, et déterminent vers l'anus un chatouille-

ment qui retentit à l'orifice du gland. J'ai toujours pensé que cette sensation annonçait le passage du sperme à travers le canal. J'ai souvent la diarrhée ; d'autres fois je suis très-constipé, et mes selles sont douloureuses : je ne rends pourtant pas souvent de sperme en allant à la selle, etc.

Présence habituelle du sperme dans les urines. Le cathétérisme fit reconnaître une excessive sensibilité de l'urètre, surtout vers la prostate, qui était un peu tuméfiée. Une cuillerée de sang s'écoula dès que la sonde fut retirée. Cautérisation immédiate depuis le col de la vessie jusqu'à la portion membraneuse de l'urètre.

Vingt jours après, départ du malade pour l'Italie. Retour à Montpellier, trois mois après, guérison complète : aucune perte séminale involontaire n'avait reparu ; ses urines étaient transparentes ; il pouvait les retenir sept à huit heures ; leur expulsion avait lieu sans efforts et n'était accompagnée d'aucune sensation remarquable. Enfin, l'impuissance qui datait d'environ *douze* ans avait été remplacée par une virilité jusqu'alors inconnue à M. D*** ; il s'en était assuré même plus souvent que la prudence ne le comportait. Cependant sa guérison ne s'était pas un instant démentie. Bien entendu que le physique et le moral avaient participé à cette régénération. » (Lallemand, *Sur les pertes séminales involontaires*, t. I, p. 333.)

g. *Excès vénériens.* L'influence des excès vénériens sur les pertes séminales involontaires était connue d'Hippocrate, et il indique qu'elles frappent surtout les nouveaux mariés et les libertins.

Comment agissent ici les excès vénériens ? Est-ce par l'influence de l'habitude ? Est-ce en amenant le relâchement des organes ? « On doit sans doute tenir compte de ces modes d'action, dit M. Lallemand ; mais il en est un bien plus constant, bien plus puissant, sur lequel je dois m'arrêter, parce qu'il a été méconnu jusqu'à présent.

» Les phénomènes locaux qui suivent *immédiatement* le coït peuvent être modifiés par les circonstances qui l'ont précédé ou accompagné ; mais ils portent toujours le caractère d'une *augmentation d'action* dans les organes sexuels. Les effets qui en résultent peuvent être rapportés à l'*excitation*, à l'*irritation* et même à l'*inflammation*. » (Lallemand, *l. cit.*, t. I, p. 664.)

Nous partageons entièrement l'opinion de l'auteur que nous venons de citer ; pour nous, dans l'immense majorité des cas, c'est en déterminant la phlogose de l'appareil génital qu'agissent les excès vénériens.

En effet, on les voit occasionner des urétrites, des orchites, des inflammations du canal déférent ; ces résultats sont incontestables. N'est-il pas dès lors évident que lorsque ceux qui existent sont moins prononcés, ils n'en sont pas moins réels ? N'est-il pas naturel de penser que l'excès et l'altération de la sécrétion séminale et l'émission involontaire de son produit soit le principal, sinon le seul symptôme de la phlegmasie chronique de la glande et de son appareil excréteur ?

Ce qui dépose encore en faveur de cette opinion, c'est que souvent, principalement au début, en même temps que l'éjaculation est trop prompte dans le coït, elle s'accompagne d'une certaine sensation de souffrance, d'une certaine acuité indéfinissable, et qu'il n'est pas très-rare qu'alors le sperme soit sanguinolent. Plus tard, l'irritation passant à l'état chronique, il se peut, comme nous l'avons dit, qu'elle se manifeste localement, presque exclusivement par les pertes séminales involontaires. Nous insistons sur ce point parce qu'il ne s'agit pas d'un fait purement théorique, mais d'un fait éminemment pratique, puisqu'il décide le caractère du traitement basé sur celui de la lésion.

h. *Continence.* La question de l'influence de la continence sur la production des pertes séminales involontaires se présente sous deux aspects, dont l'un est complétement illusoire.

En effet, il est des sujets qui n'ont fait ni excès, ni abus, qui n'ont pas même connu l'usage et qui ont des pollutions. Faut-il en accuser la continence ? Avec

des formes arrondies, des saillies musculaires à peine prononcées, un système pileux extrêmement peu fourni, une constitution éminemment lymphatique et molle, ces personnes n'ont presque rien de l'homme. Chez eux, la cause de la spermatorrhée n'est point la continence; mais c'est le relâchement des organes génitaux, dont la continence elle-même n'était que la conséquence; ainsi que le professeur Lallemand sait fort bien le dire, ces personnes n'ont pas de peine à être vertueuses, ou plutôt elles ne le sont point, car elles n'ont point de combats à soutenir, point de tentations.

Nous ne voulons pas insinuer par là que la continence n'existe, ne soit possible que chez ceux qui sont le plus mal partagés sous le rapport de l'organisation, nous ne prétendons point nier la vertu, mais nous ne voulons point qu'on prenne pour elle de trompeuses apparences. Des hommes comme celui dont nous allons analyser l'histoire ne pèchent point, mais ils n'ont aucun mérite à l'abstinence.

Obs. 6. Jusqu'à l'âge de 12 à 15 ans un malade, d'une constitution lymphatique très-prononcée, fut sujet à une incontinence d'urine. Jamais il ne connut la masturbation, ni les plaisirs vénériens. Ce ne fut qu'après dix-huit ans que la puberté se manifesta, et bientôt elle fut suivie de pollutions nocturnes, rares d'abord, ensuite plus fréquentes et plus faciles, enfin quotidiennes et tout à fait passives. Voici l'état dans lequel se trouvait ce malheureux quand il fut visité par M. Lallemand, à vingt-trois ans, cinq ans après le début de la maladie :

La peau était blanche, froide et visqueuse; les formes arrondies; les cheveux blonds; point de barbe; le bassin très-large, les hanches saillantes; les chairs molles; les organes génitaux assez bien développés, mais flasques; le scrotum très-allongé, fort peu de poils; cécité presque complète; pupilles énormément dilatées; l'intelligence et la mémoire ont souffert beaucoup; très-grande faiblesse des jambes; déambulation impossible sans le secours d'un bras et d'un bâton; digestions laborieuses; matières fécales expulsées involontairement, plusieurs fois par jour; pendant la veille, miction fréquente; pendant le sommeil, incontinence d'urine, pollutions nocturnes, quotidiennes et même répétées deux ou trois fois dans la même nuit, sans érection ni sensation; le sperme très-aqueux, les urines troubles. Une sonde énorme fut introduite dans la vessie sans la moindre résistance, sans aucune manifestation de sensibilité; ouverture de l'anus presque béante, permettant d'introduire trois doigts dans le rectum, sans provoquer la moindre contraction dans les sphincters.

Des bains aromatiques furent employés, des applications et des frictions excitantes, la glace à l'intérieur et à l'extérieur, l'eau de Spa, le quinquina, etc.; deux cautérisations furent pratiquées, le tout sans le moindre succès. Après quatre mois de traitement le malade est parti dans l'état où il était le jour de son arrivée. (*Voy.* Lallemand, *Des pertes séminales involontaires*, t. II, p. 179.)

Dans la catégorie des cas où l'influence de la continence sur la spermatorrhée est incontestable, on trouve une constitution masculine et nerveuse.

Le trop-plein s'écoule d'abord pendant les rêves, ou le jour dans des délires violents; mais il arrive que ce surcroît de vie irrite l'appareil génital et les pertes s'établissent. Nous avons emprunté à M. Civiale l'exemple d'un étudiant chez qui trois mois d'une continence absolue déterminèrent une spermatorrhée sanguinolente. M. Lallemand a été consulté par un grand nombre d'ecclésiastiques qui ressentaient les funestes effets de la fidélité avec laquelle ils remplissaient leurs vœux.

i. *Lésions de l'axe cérébro-spinal.* Nous plaçons ici cette influence, moins pour la préciser que pour indiquer les recherches qu'elle réclame encore. Rien, en effet, n'est plus obscur et tout est presque contradictoire sous ce rapport. Ainsi, pour le cervelet, on sait que l'apoplexie qui le frappe détermine quelquefois l'érection et même l'éjaculation; eh bien! dans d'autres cas, il n'y a rien, absolument rien de semblable. M. Lallemand cite des malades chez lesquels l'émission séminale s'accompagnait de ten-

sion ou de douleur à la nuque, et un autre qui, après un coup de sabre reçu sur cette région, avait perdu les désirs vénériens avec la puissance de les satisfaire, etc.

Enfin, dans un cas de commotion de la moelle épinière par suite d'une chute sur le siége, il y avait un priapisme presque continuel, sans éjaculation possible, alors même que le malade la sollicitait par des moyens artificiels, ou même par le coït. Nous reproduirions ce fait curieux, s'il n'était pas plutôt physiologique que pathologique ; en détruisant la moelle avec une broche sur des cochons d'Inde, on détermine l'érection (Ségalas).

Le docteur Sainte-Marie, dont M. Deslandes partage du reste la manière de voir, est celui qui nous semble avoir parlé de la manière la plus plausible de ce point obscur de l'influence des lésions spinales sur les pertes séminales involontaires. A part quelques vues théoriques un peu hasardées, le passage suivant nous paraît se rapprocher de la vérité.

« Il ne faut pas qu'un trop vif attachement à nos idées égare notre logique et nous fasse renverser l'ordre naturel des rapports entre plusieurs signes morbifiques qui, au moment où nous les observons, existent simultanément.

» La pollution diurne involontaire n'est pas toujours en première ligne ; elle n'est pas toujours le point de départ des symptômes et l'unique cause à laquelle ils sont subordonnés. Elle n'est quelquefois qu'un effet dont il faut rechercher l'origine dans l'altération grave, profonde, primitive, d'un organe ou d'un système d'organes plus important. C'est ainsi, par exemple, qu'il faut raisonner par rapport à la consomption dorsale. On sait qu'un symptôme remarquable de cette maladie est une perte abondante de semence aqueuse à chaque selle, et quelquefois même à chaque émission de l'urine. La pollution diurne involontaire n'est plus ici que symptôme ; elle a lieu parce que les organes générateurs ne reçoivent pas de la moelle épinière l'influence nerveuse suffisante et bien réglée dont ils ont besoin pour exercer convenablement leurs fonctions. De là la sécrétion surabondante de la semence, son élaboration imparfaite qui la rend impropre à la fécondation, le relâchement des vésicules séminales qui la laissent si facilement échapper, l'atonie du scrotum, le tiraillement incommode des vaisseaux spermatiques, la faiblesse des érections, l'impuissance, etc. Le même état de la moelle qui prive de vie les organes de la génération explique, d'un autre côté, l'exténuation des parties qui obéissent à ce centre sensitif, la maigreur particulière des lombes, des fesses, des extrémités inférieures, la faiblesse, le tremblement, la paralysie de ces mêmes extrémités; la constipation opiniâtre dont se plaignent les malades, et qui, semblable à celle des vieillards, ne cède qu'à l'emploi des stimulants; les formications du dos, l'incontinence d'urine, les eschares gangréneuses qui, à une époque plus avancée de la maladie, se forment sur le sacrum, les fesses, les trochanters. » (Sainte-Marie, *Préface de la traduction de Wichmann*, p. 9.)

j. *Dispositions congénitales.* Ces prédispositions sont les unes locales, les autres générales.

Parmi les premières, la plus remarquable est sans contredit la matière sébacée amassée sur le gland derrière un phimosis. Cette matière, quelquefois très-irritante, agace incessamment le gland, cet organe dont la sensibilité est si exquise, et dont la sensation se propage si aisément vers le reste de l'appareil génital. Il naît de là, comme on le voit, une surexcitation, une irritation qui se rapproche de celle que développent la masturbation et les excès vénériens. Ces cas frappent sous deux rapports, la gravité des symptômes et la promptitude de la guérison par la disparition de la cause. En voici un exemple très-concluant.

Obs. 7. « *Phimosis naturel. — Depuis la puberté, pollutions nocturnes très-fréquentes. Matière sébacée abondante et fétide entre le prépuce et le gland. — A vingt-trois ans, circoncision ; guérison immédiate.*

» M. B..., âgé de vingt-trois ans, d'un tempérament nerveux, exempt de mala-

die jusqu'à la *puberté*, avait depuis lors le teint jaune et plombé, les yeux cernés, le front couvert de boutons, l'air triste, timide et préoccupé. Depuis longtemps il paraissait plongé dans une profonde mélancolie, se plaisait dans la solitude; il avait besoin de mouvement, mais supportait mal la fatigue. Ses digestions étaient lentes, laborieuses, ses fonctions intellectuelles paresseuses.

» Ce dérangement datait de quatre ou cinq ans, et augmentait sensiblement depuis un an, lorsque M. B... vint me consulter. Je lui supposai d'ailleurs de mauvaises habitudes; mais il m'assura qu'il en avait été préservé par défaut d'impulsion, et qu'il n'avait jamais eu de rapports avec aucune femme.

» Cependant je ne m'étais pas trompé sur les symptômes, car, depuis la puberté, M. B... était sujet à des pollutions nocturnes, dont la fréquence et l'abondance avaient toujours été en augmentant malgré l'emploi de tous les moyens conseillés en pareil cas. Il en avait presque toutes les nuits, et quelquefois deux et même trois dans une nuit. Il n'avait jamais observé d'ascarides dans ses matières fécales, ni éprouvé de démangeaisons à l'anus. Je ne savais à quelle cause attribuer ces pollutions, lorsqu'en examinant les organes génitaux, je remarquai que l'ouverture du prépuce était excessivement étroite, et qu'il s'en échappait de la matière sébacée. Quelques pressions exercées d'arrière en avant en firent sortir une grande quantité, d'un aspect laiteux et d'une odeur infecte.

» D'après ce que j'avais vu dans d'autres circonstances, je pensai que ce vice de conformation était la cause première des pertes séminales. Je conseillai la circoncision; elle fut adoptée et pratiquée immédiatement. Je trouvai à la surface du gland, et surtout autour de sa base, une grande quantité de matière semblable à du fromage mou, pour la couleur et la consistance, mais d'une odeur bien différente. Le gland était d'un rouge vif, presque partout privé d'épithélium, d'une sensibilité excessive, et le moindre frottement en faisait transsuder quelques gouttelettes de sang.

» Depuis ce moment, M. B... passa douze ou quinze jours, et quelquefois plus, sans avoir de pollutions noturnes, c'est-à-dire qu'elles n'eurent plus lieu que par plénitude des vésicules séminales. Un changement rapide s'opéra dans sa santé et dans ses habitudes : au bout d'un mois, il n'était pas reconnaissable.

» Ce fait est le plus simple et le plus complet que j'aie observé dans ce genre. Il prouve bien clairement que le phimosis naturel suffit pour provoquer des pollutions très-graves, puisque le malade ne s'était pas livré à la masturbation et n'avait jamais connu de femmes. C'était bien évidemment le séjour prolongé de cette matière sébacée qui lui donnait un caractère âcre et irritant, puisque la constitution était exempte de toute disposition humorale, de toute affection cutanée. Du reste, les organes génitaux étaient bien développés, la santé n'était pas encore profondément altérée; aussi l'excision du prépuce a-t-elle produit un effet subit et durable.

» J'ai vu beaucoup de cas analogues; mais l'influence de cette conformation du prépuce sur la production des pertes séminales n'était pas aussi évidente, soit parce que d'autres causes étaient venues s'y joindre, soit parce que les efforts n'étaient pas aussi prononcés. Ainsi, dans un cas, il existait en même temps des ascarides; dans beaucoup d'autres, les malades s'étaient livrés de bonne heure à la masturbation. Il est vrai que le plus souvent elle s'est développée spontanément, et l'on conçoit facilement comment le phimosis a pu y contribuer : l'irritation du gland par cette matière provoque des érections importunes, des titillations qui attirent l'attention des enfants vers ces parties, et les engagent à y porter les mains, à y exercer des frottements.

» On doit donc attribuer le développement *spontané* de ces manœuvres, chez les enfants très-jeunes qui sont ainsi conformés, au séjour trop prolongé de cette matière entre le prépuce et le gland. Des exemples nombreux ne me laissent aucun doute à cet égard. » (Lallemand, *Des pertes séminales involont.*, t. II, p. 70.)

Comme prédispositions générales nous signalerons une certaine organisation nerveuse, une susceptibilité particulière

des organes qui les fait répondre aux influences morbides avec une extrême facilité.

Il y a aussi une faiblesse congénitale des organes génitaux, une sorte de relâchement, qui fait que la semence s'échappe de son réservoir comme l'urine de la vessie ; il y a des incontinences de sperme, comme des incontinences d'urine, par inertie. Comme ces faits sont rares nous allons en analyser un qui donnera mieux une idée de cette forme de la maladie qu'une description.

Obs. 8. *Affection cérébrale chronique traitée infructueusement par les praticiens les plus distingués de Londres et de l'Allemagne.*

Le malade avait vingt et un ans, était bien constitué, la taille assez élevée, il paraissait robuste ; sa figure et son embonpoint annonçaient la santé ; cependant il se plaignait *de la tête depuis plusieurs années*, et souvent il montrait un grave dérangement dans ses idées, qui d'ailleurs étaient vagues et lentes. La voix faible et voilée, l'air timide et embarrassé du malade faisaient croire à de mauvaises habitudes. Cependant il n'en était rien. Hernie inguinale survenue depuis peu, sans cause connue, traces évidentes de sperme sur la chemise. La nuit précédente le malade, étant en voiture, s'était réveillé inondé de *matière glaireuse;* il éprouvait souvent des évacuations semblables, sans rêves, sans érection, sans plaisir et sans aucune sensation capable de produire le réveil, ce qui lui faisait croire que cette matière était du *mucus* ou des glaires. Le malade rendait quelquefois aussi du sperme dans les efforts de la défécation ; ses urines en contenaient toujours une quantité notable. Cette prétendue *affection cérébrale chronique* n'était autre chose qu'une spermatorrhée méconnue, la suite l'a prouvé. Les notes et les renseignements fournis par le malade après sa guérison feront voir que la cause première des pertes séminales n'était pas facile à découvrir.

Ses parents étaient sains et robustes, dix frères ou sœurs tous bien portants ; aucune maladie héréditaire dans la famille, point d'indisposition dans l'enfance. — A seize ans des pollutions nocturnes assez rares apparurent, sans rêves érotiques, sans plaisir ; du reste, ignorance complète des rapports sexuels, ainsi que de la masturbation. — Passion pour l'étude.

Céphalalgies fréquentes à 17 ans ; troubles dans la vision ; lenteur des idées ; incertitude de la mémoire, travail intellectuel souvent pénible et peu fructueux ; à différentes reprises perte de connaissance prolongée et inquiétante, sans cause apparente.

Ce malade fut placé à Paris dans une école de commerce à dix-huit ans. « Deux mois après, dit-il, je quittai mes études, ne pouvant plus travailler, à cause d'un violent mal de tête.

« J'éprouvais une espèce d'inquiétude et de mauvaise humeur, j'étais tourmenté de désirs inconnus jusqu'alors ; j'ignorais les mauvaises habitudes de cet âge, et je ne m'y suis jamais livré. Mais un besoin vague, impérieux, me poussait vers les femmes, et je finis par y céder. Le lendemain, je me trouvai tout autre : j'étais plus leste ; j'avais plus de vigueur, tant au physique qu'au moral ; je sentais que j'étais un *homme.* »

Quelque temps après il fut placé, à Londres, dans une maison de commerce ; pendant deux mois il y travailla d'une manière assidue. Après quoi, perte de l'appétit, maux de tête, étourdissements, troubles dans la vision, tintements d'oreilles, etc. (ventouses scarifiées). Le séjour à la campagne produisit de l'amélioration, que le retour aux mêmes occupations détruisit ; et bientôt le malade fut tout à fait incapable d'écrire et de calculer. Des *étourdissements* et une grande *faiblesse des jambes* l'empêchèrent de sortir de chez lui. Sa tête se dérangea au point qu'il vint à douter de tout ce qu'il voyait ou entendait, de tout ce qu'il faisait, et même de sa propre existence (vésicatoire au cou, pilules purgatives). Ses digestions se dérangèrent peu à peu ; voyage en Belgique et en Allemagne pour se distraire.

Sa tête se perdit de plus en plus pendant ce long voyage ; tout lui semblait illusoire, fantastique, *comme au milieu d'un songe pénible.* Il croyait aussi que tout le monde se moquait de lui ; il re-

doutait surtout trois Anglais qui suivaient la même route, il les croyait uniquement occupés à comploter contre lui : l'un d'eux lui était encore plus odieux, à cause de son *air ironique*. Il fut cent fois sur le point de précipiter dans le Rhin son implacable *ennemi*, quand il passait près de lui sur le bateau à vapeur. C'est à la fin de ce voyage qu'il fut conduit à Montpellier.

Depuis quelque temps les pollutions nocturnes ne revenaient plus qu'à des intervalles de huit à douze jours ; ce qui ne les empêchait pas de produire des effets accablants d'autant plus remarquables, qu'ils contrastaient avec ceux du coït. Bien plus, le malade éprouvait le même anéantissement lorsqu'il était tourmenté de rêves érotiques ou de désirs vénériens, sans observer aucune perte séminale apparente. Le lendemain les femmes ne lui inspirèrent qu'indifférence et dégoût.

Les veines des deux cordons testiculaires étaient variqueuses ; le pénis d'un volume ordinaire, mais d'une mollesse extrême, était très-allongé ; les testicules et le scrotum étaient tellement pendants que depuis long-temps l'usage du suspensoir était devenu indispensable. Une sonde énorme était introduite dans la vessie sans résistance et sans la moindre douleur.

L'ensemble des symptômes établissant aux yeux du médecin que la spermatorrhée dépendait exclusivement de l'atonie congénitale des canaux éjaculateurs, une sonde fut laissée deux heures par jour dans le canal. Le vin coupé avec de la glace, des lotions froides, l'exercice du cheval, amenèrent une guérison qui fut consolidée par des douches chaudes et froides, des eaux de Cauterets (Lallemand, *loco cit.*, t. II, p. 165).

Dans ces sortes de spermatorrhée le développement des organes génitaux est ordinairement incomplet, la verge et les testicules très-petits ; on a remarqué l'épispadias et l'hypospadias, etc.

k. *Hérédité.* A côté de ces prédispositions congénitales vient naturellement se placer l'hérédité, dont on a cité des exemples.

l. *Substances alimentaires et médicamenteuses.* On cite des malades chez lesquels l'usage un peu abusif du thé et du café ont provoqué des pertes séminales involontaires.

Le médicament qui a principalement offert ces effets est le quinquina, qui à la vérité ne semble avoir agi que par contre-coup en déterminant la constipation ; l'usage des purgatifs, des narcotiques a été suivi de résultats analogues, de même que les lavements trop chauds ou trop froids. Voici un cas où les pertes séminales sont occasionnées par l'usage excessif du café :

Obs. 9. « *Usage excessif du café, émissions abondantes et fréquentes d'urine, pollutions nocturnes, puis diurnes, impuissance*, etc. *Cautérisation, bains sulfureux : guérison.*

» Un professeur de collége, d'environ 50 ans, chargé d'un enseignement nouveau, eut recours au café pour prolonger ses veilles, et en prit successivement jusqu'à huit ou dix tasses chaque nuit. Il en résulta bientôt une sécrétion très-abondante d'urine aqueuse, et un besoin toujours croissant d'en débarrasser la vessie. Au bout de quelques semaines, ce besoin se répéta si souvent et devint si impérieux, que le professeur était obligé de quitter plusieurs fois sa classe, quelque effort qu'il fît pour s'en abstenir, sachant combien ses fréquentes sorties prêtaient aux causeries des élèves. Peu après il éprouva de la constipation, du dérangement dans ses digestions ; elles s'accompagnèrent d'un développement extraordinaire de gaz. Son imagination, son jugement et surtout sa mémoire diminuèrent au point qu'il ne put pas finir son cours ; il avait presque perdu le sommeil, quoiqu'il eût entièrement renoncé au café depuis plusieurs mois.

» C'est alors que je le vis pour la première fois. Les questions que je lui adressai le conduisirent à m'avouer qu'il était dans une impuissance absolue après avoir été tourmenté de pollutions nocturnes qui avaient cependant diminué peu à peu pour ne plus reparaître depuis trois mois. Ayant examiné les urines, je les trouvai très-abondantes, presque incolores et parfaitement transparentes ;

elles ne contenaient pas le moindre nuage, mais il restait au fond du vase de nombreuses granulations transparentes, du volume d'un grain de millet, qui ne me laissèrent aucun doute sur l'existence de pollutions diurnes habituelles : c'est à cette cause inaperçue jusqu'alors, que j'attribuai l'impuissance et les symptômes généraux dont j'ai parlé.

» Le cathétérisme m'ayant fait reconnaître une sensibilité excessive du canal, surtout vers le col de la vessie, je pratiquai une cautérisation à la surface de la prostate. Cette opération fut suivie d'une amélioration rapide dans tous les symptômes, et, quelques mois après, la guérison fut complète par l'usage des eaux thermales hydrosulfureuses.

» Ici les pollutions diurnes ne pouvaient être dues qu'à l'usage immodéré du café; car les premiers symptômes s'étaient manifestés peu de temps après, et le malade n'avait été soumis à aucune autre cause capable de favoriser le développement de cette affection.

» Il est bon de remarquer que l'irritation persistait au même degré depuis six mois, quoique le malade eût renoncé à l'usage du café; ainsi l'effet se prolongeait d'une manière tout à fait indépendante de la cause première, et tout porte à croire qu'il n'eût jamais cessé spontanément.

» Ce qui s'est passé du côté des organes urinaires peut donner une idée du mode d'action du café sur les organes spermatiques, la sécrétion du sperme a dû être augmentée comme celle de l'urine; son excrétion est devenue aussi plus fréquente, plus impérieuse. Les pollutions nocturnes ont diminué peu à peu, elles ont même cessé complétement; mais c'est parce qu'elles étaient prévenues par des pollutions de plus en plus fréquentes et abondantes. Il a donc existé une ressemblance parfaite entre les symptômes urinaires et spermatiques; la marche des uns et des autres, leur caractère, la susceptibilité excessive de la portion prostatique de l'urètre indiquent assez clairement de quelle manière le café a développé des pertes séminales involontaires : il est évident que c'est en provoquant une excitation, puis une irritation permanente des organes génito-urinaires.

» Il est maintenant facile de concevoir que l'usage accidentel et modéré du café augmente la puissance virile, tandis qu'elle peut être diminuée et même complétement anéantie par un abus prolongé, sans que le café cesse d'agir de la même manière, c'est-à-dire, en excitant puissamment les organes génito-urinaires. C'est ainsi que s'expliquent naturellement les observations contradictoires qui ont pu être faites à cet égard par des hommes de bonne foi et dépouillés de toute prévention.

» Dans l'observation que je viens de rapporter, l'action du café s'est trouvée isolée, et ses effets ont été frappants, incontestables. J'ai vu, dans beaucoup d'autres cas, des pertes séminales involontaires plus ou moins graves, plus ou moins opiniâtres, succéder à l'abus de cette boisson ; mais, d'autres causes ayant agi antérieurement ou simultanément dans le même sens, il n'a pas été possible de faire la part de chaque cause. J'ai remarqué cependant que presque tous ces malades étaient des artistes ou des hommes de cabinet, qui avaient voulu entretenir une excitation cérébrale forcée, pour achever des travaux commencés. Ils étaient tombés dans une espèce d'impuissance, accompagnée de symptômes spasmodiques plus ou moins alarmants, et d'un dérangement notable de la plupart des fonctions. Quelques-uns se sont rétablis par l'usage des bains, d'un exercice habituel, de nombreuses distractions, et surtout par un régime sévère ; d'autres ont eu besoin de traitements variés : je dois signaler parmi les moyens qui m'ont le mieux réussi, les eaux thermales hydrosulfureuses, d'une douce température et d'une activité modérée. Les constitutions grêles, délicates, impressionnables, m'ont paru, toutes choses égales d'ailleurs, avoir été plus affectées.

» Une autre série de faits mérite encore de trouver ici sa place. Tous les malades qui m'ont consulté pour des pollutions nocturnes ou diurnes un peu graves, avaient renoncé depuis long-

temps à l'usage du café : toutes les fois qu'il leur est arrivé d'en prendre, depuis qu'ils étaient malades, ils avaient éprouvé de l'agitation, du trouble dans la vision et dans d'autres fonctions, des contractions involontaires dans les muscles, et, en particulier, dans ceux du périnée et des organes génito-urinaires ; enfin une augmentation notable dans la sécrétion et dans l'excrétion des urines, ainsi qu'une exaspération constante dans les pertes séminales involontaires. Quelques-uns, au milieu de l'agitation qui les tourmentait, sentaient même venir ces pollutions ; elles étaient précédées de sensations désagréables vers le col de la vessie, et de secousses convulsives qui, probablement, avaient leur siége dans les vésicules séminales. Les jours suivants ils se trouvaient beaucoup plus mal. Ceux qui avaient encore conservé des érections et des désirs vénériens, les voyaient disparaître ; ils tombaient dans une impuissance complète, qui se prolongeait pendant plusieurs semaines.

»L'ensemble de ces faits doit permettre de comprendre l'opinion de ceux qui attribuent au café la propriété de calmer les désirs vénériens, d'affaiblir la puissance virile d'une manière directe, comme anti-aphrodisiaque. Cette opinion est fort ancienne ; car il y a long-temps qu'on avait remarqué que l'abus du café pouvait amener l'impuissance. Mais, ce qu'on ne savait pas, c'est la manière dont ce fâcheux résultat est produit ; il est évident cependant qu'il tient à des pollutions diurnes méconnues. » (Lallemand, *Sur les pertes séminales involontaires*, t. II, pag. 30.)

On devait s'attendre à voir figurer ici les cantharides, on les y trouve en effet, et l'observation suivante est un curieux exemple de leur action.

Obs. 10. « Je n'ai observé qu'une fois, et je n'ai trouvé décrite nulle part une autre espèce de pollution diurne extrêmement rare sans doute, qui diffère encore de celle que nous voulons signaler, mais qui me paraît digne d'arrêter un instant notre attention. J'avais appliqué au bras, en 1768, un emplâtre ordinaire de vésicatoire à un homme âgé de trente ans. La nuit suivante, c'est-à-dire quelques heures après cette application, il eut plusieurs pollutions. Il m'en parla le lendemain, et il m'apprit alors que la simple odeur des cantharides lui faisait perdre involontairement sa semence pendant le jour, et, ce qui est encore plus surprenant, qu'il était menacé du même accident toutes les fois qu'il entendait parler de cantharides. Cet homme avait les organes de la génération bien conformés, et tels qu'ils n'annonçaient aucune faiblesse particulière. Il a engendré plusieurs enfants. Il est pourtant vrai de dire qu'il avait connu de bonne heure la masturbation, et n'avait renoncé qu'un peu tard à cette habitude. Cette pollution diffère de l'autre par ce caractère essentiel, que celle-ci n'est jamais due à l'impression d'une substance aphrodisiaque sur les organes générateurs. » (Wichmann, *Pollution d'urine involontaire*, traduct. franç., p. 39.)

Ici l'action des cantharides a été complexe, et il nous semble facile de la décomposer. Elles ont d'abord irrité directement la vessie en passant dans l'urine, comme l'a démontré M. Morel-Lavallée, et l'irritation s'est propagée du réservoir urinaire à l'appareil génital, d'où l'érection et les pollutions ; puis avec une imagination susceptible, le simple souvenir des cantharides a déterminé les mêmes effets, comme chez les personnes nerveuses l'idée de l'émétique provoque les nausées et le vomissement. (Morel-Lavallée, *Vésicatoire dans la vessie, ou etc.*)

m. *Susceptibilité nerveuse, impressions vives, quelquefois bizarres.* Les sujets qui présentent une spermatorrhée due à cette influence, sont en général d'un tempérament extrêmement nerveux, très-irritable ; la moindre cause leur donne des palpitations, des mouvements convulsifs dans la face, dans la vessie qui chasse l'urine, dans les vésicules séminales qui expulsent le sperme involontairement.

M. Lallemand a écrit sur ce fait curieux des lignes empreintes d'un profond cachet de vérité.

« Un de ces malades, à l'âge de seize ou dix-sept ans, éprouva une impatience vive et prolongée, qu'il s'efforça de réprimer : il sentit alors un besoin subit et pressant d'uriner ; en

achevant de vider sa vessie, il vit sortir, avec les dernières gouttes d'urine, *une grande quantité de sperme presque pur*. Ce premier accident fut le précurseur de pollutions nocturnes et diurnes, qui, à vingt-sept ans, avaient ruiné sa constitution.

» Un autre, dans un moment de composition générale pour les prix du collége, manqua d'une expression qu'il chercha vainement; il éprouva dans ce moment une espèce d'envie d'uriner, à laquelle il résista en croisant fortement une cuisse sur l'autre; mais l'impatience augmentant, il ressentit des *contractions convulsives dans le périnée*, et se trouva bientôt *inondé de sperme*, *sans érection ni sensation voluptueuse*. Un autre éprouva le même accident dans une circonstance analogue : il voyait arriver le moment de remettre sa composition; plus il voulait se hâter, moins les expressions lui venaient; enfin, entendant l'heure sonner, il éprouva une si vive contrariété, qu'il perdit presque connaissance. Ce fut en ce moment que l'explosion eut lieu. Le sperme était très-liquide, probablement il était mêlé d'urine; mais la tache qu'il laissa sur le linge, offrait des caractères non équivoques.

» Un autre étant monté sur une gouttière élevée pour dénicher des moineaux, voulut regarder dans la cour du collége, et fut saisi d'une telle frayeur, qu'il faillit s'évanouir. Dès qu'il fut sorti du danger, il s'aperçut qu'il avait éprouvé pendant son saisissement *une perte abondante de semence*. Le même accident arriva chez un autre, au moment où il descendait précipitamment d'un escalier, au bas duquel il était attendu par une personne à laquelle il voulait témoigner de l'empressement : à moitié chemin, il tomba sur les reins; mais ce ne fut pas la secousse produite par cette chute qui détermina l'évacuation, car elle avait commencé avant que le corps eût touché les marches.

» Un autre m'écrivait : « Si je regarde en bas d'un lieu très-élevé, ou si je pense seulement que je suis au bord d'un précipice, je sens dans les parties génitales un mouvement de contraction qui se communique rapidement jusqu'au bout de la verge, et finit par déterminer une perte séminale, s'il se prolonge tant soit peu. »

» Le mouvement de l'escarpolette, ou celui des montagnes russes, produisent les mêmes effets chez un autre.

» Presque tous ces malades impressionnables étaient exposés à des érections incommodes et même à des pollutions, lorsqu'ils montaient à cheval. Deux d'entre eux ont manqué d'être tués dans ce moment critique parce qu'ils serraient trop les jambes, en même temps qu'ils tiraient fortement la bride.

» Quoique ces pertes séminales aient été provoquées par des causes bien bizarres, et qu'elles aient eu lieu presque toujours sans érection ni pensée voluptueuse, je n'y attacherais pas d'importance si elles n'avaient été suivies, plus tard, de pollutions nocturnes et diurnes très-opiniâtres, que les causes les plus légères rendirent souvent très-fâcheuses.

» Ce n'est pas immédiatement après ces accidents singuliers que la maladie a pris un caractère sérieux; le plus souvent même elle n'a détruit la santé qu'après un temps assez long; mais, comme sa gravité ne pouvait s'expliquer par une cause *occasionnelle*, j'ai dû admettre que ces individus avaient apporté, en naissant, une *susceptibilité* particulière des organes génito-urinaires. Tout indique, en effet, que ces parties sont, chez eux, plutôt impressionnables que faibles ou relâchées; et cette disposition est congénitale, puisqu'elle se manifeste dès l'enfance. » (Lallemand, *Des pertes séminales involontaires*, t. II, p. 219.)

« Nous avons été à même d'observer quelques faits analogues aux précédents. Entre autres nous citerons, comme exemple d'une influence bizarre exercée sur l'appareil génital, le fait d'un de nos amis, publiciste distingué, chez qui l'idée de l'onanisme naquit d'une manière qu'on ne devinerait jamais : en voyant tuer une mouche par une araignée. Il était enfant alors; mais, chose singulière! aujourd'hui qu'il a presque quarante ans, le même objet réveille encore une vive tentation pour un abus depuis long-temps oublié. » (Communiqué par M. Morel-Lavallée.)

n. Enfin, la lecture et les rêves lascifs, les images lubriques, etc., sont souvent une cause, sinon suffisante, du moins souvent complémentaire de celles qui préparent le mal ; c'est un fait si connu qu'il est inutile d'y insister.

Caractères anatomiques des pertes séminales involontaires. Faire l'anatomie pathologique des pertes séminales, c'est décrire les lésions diverses susceptibles de donner lieu à ce symptôme ; c'est présenter les caractères nécroscopiques de l'incontinence du sperme comme on a exposé ceux de l'incontinence d'urine. Cette marche, qui force à englober sous le même chef un grand nombre de lésions fort différentes, n'est pas la meilleure, et nous ne l'avons suivie jusqu'ici que pour donner un résumé des deux principaux troubles fonctionnels d'un réservoir important de la vessie, chacun de ces troubles ayant été rattaché comme symptôme à plusieurs maladies dénommées d'après leur nature.

Mais ici, l'état de la science ne permettait pas d'adopter un plan aussi complet ; il était impossible, par exemple, de décrire à part l'inflammation des vésicules séminales comme on a décrit l'inflammation de la vessie, parce que presque toujours les faits ne sont que des moitiés de faits. Tantôt c'est la symptomatologie qui manque, et l'on n'a trouvé que par hasard les lésions cadavériques ; tantôt, et le plus souvent, les malades ayant guéri, on n'a que les symptômes et c'est l'autopsie qui manque. En effet, dans les cas les moins imparfaits, les mieux observés, et qui sont d'ailleurs en nombre très-insuffisant, on n'est point parvenu à établir une liaison nette, constante, entre les altérations de l'organe et le trouble de ses fonctions, entre la lésion et le symptôme.

Cette lacune grave tient à plusieurs circonstances ; mais la principale est certainement celle-ci, à savoir que les maladies des organes internes de la génération de l'homme n'avaient point attiré l'attention des médecins. Une seconde cause encore très-influente, c'est la difficulté d'examiner convenablement les altérations cadavériques de ces parties.

Quoi qu'il en soit, parmi les cas qui ont été suivis d'autopsie, les uns n'ont pas présenté de pertes séminales, les autres en ont *probablement* offert ; enfin, dans quelques-uns, elles ont *certainement* existé.

Nous devons jeter un coup d'œil sur ces trois ordres de faits, pour deux raisons. D'abord, nous ferons mieux comprendre notre sujet en le rapprochant de ce qui, au moins, lui ressemble le plus ; ensuite, nous mettrons sous les yeux du lecteur des altérations qui n'auraient pu trouver place que dans une stérile énumération de lésions sans symptômes correspondants, énumération que ne comportait point d'ailleurs la nature toute pratique de la *Bibliothèque du médecin-praticien.*

Bien que les auteurs rapportent des faits de lésions profondes des vésicules séminales, il nous suffira de les avoir indiqués, parce qu'ils auraient trop peu d'intérêt pour nous, et puis est-il bien sûr que si l'attention avait été appelée sur les pollutions on n'en n'eût pas trouvé ?

Les lésions qu'on a rencontrées sont de nature diverse et diversement associées. Chez un malade dont nous allons rapporter l'histoire, la prostate, les vésicules séminales et les canaux déférents contenaient du pus. Les pollutions n'ont pas été observées, mais leur existence était possible, sinon probable. Le fait a été recueilli par Dalmas :

Obs. 11. « Michel Boeps, âgé de vingt-trois ans, journalier, demeurant rue de Bourgogne, n° 25, fut reçu, le 10 septembre, à la Charité, dans la salle Saint-Jean, service de M. Rullier. Il était déjà venu la veille dans un état d'hébétude et d'affaissement, ne donnant sur son état que des renseignements insignifiants. Ceux qui l'amenaient dirent que, depuis trois mois, il avait eu une diarrhée abondante, supprimée depuis peu ; qu'il vomissait tout ce qu'il prenait : son pouls donnait tout au plus soixante pulsations.

» M. Rullier, frappé de la stupeur, des apparences de faiblesse et du défaut de réaction, prescrivit des sinapismes, des boissons douces, des lavements émollients : les évacuations sanguines ne paraissaient pas indiquées, et l'on n'avait

aucune raison de chercher du côté des organes génitaux quelque cause de cet état irrégulier. Peu à peu la peau devint plus chaude, le pouls s'éleva ; la stupeur se convertit en un délire tranquille, mais réel. Il survint de la carphologie et des soubresauts involontaires (vingt sangsues, vésicatoire au cou, infusion d'arnica, lavement).

» Le 17, dilatation des pupilles, coma interrompu par moments ; et alors, plaintes, agitations (infusion de quinquina, lavements, diète).

» Le 18, délire, ventre sonore et tendu, pupilles contractées ; pouls petit, misérable : mort dans la matinée.

» L'autopsie fut faite le 19, en présence de M. Rullier, par mon ami et collègue, M. Thouret. Voici dans quel état nous parurent les organes :

» L'arachnoïde est trouble sur la surface antérieure des hémisphères ; la piemère est infiltrée çà et là de *sérosités purulentes* ; la substance du cerveau est ferme, quoique injectée à un haut degré ; le septum lucidum seul est *ramolli*, mais point entièrement désorganisé.

» Les poumons, les plèvres, le cœur et les gros vaisseaux paraissaient dans un état sain.

» Dans l'abdomen, la membrane muqueuse de l'estomac est d'un *brun noirâtre*, ramollie dans la majeure partie de son étendue ; on distingue çà et là de *petites ulcérations* rondes, à fond grisâtre, lisses et celluleuses, comme si la muqueuse seule était détruite.

» Les intestins grêles et les glandes du mésentère n'offrent rien d'extraordinaire.

« Le gros intestin, au contraire, est le siége d'une inflammation chronique très-grave : gonflement, épaisissement, injection et ulcérations multipliées de la membrane muqueuse.

» L'urètre est libre ; la verge est saine et intacte ; la prostate est *infiltrée de pus*, ou plutôt d'une matière pultacée qui s'exprime par grains quand on presse sa substance.

» Les deux vésicules séminales sont remplies d'une matière de même nature, *épaisse et jaunâtre* ; on la retrouve *dans les deux conduits déférents*, plus loin dans le gauche que dans le droit.

» Les deux testicules sont sains. » (Dalmas, *Journal hebdomadaire*, n° 35, mai 1829, obs. 3.)

Chez un sujet observé par Stoll il y avait aussi du pus dans la prostate, mais dans la vésicule gauche seulement et dans le testicule correspondant. L'existence des pertes séminales reste encore ici problématique.

Obs. 12. Le malade de Stoll était un musicien de 32 ans, qui était en délire quand on l'apporta à l'hôpital. Avant son entrée il avait gardé le lit pendant un mois pour une maladie des testicules. Le prépuce était calleux et adhérent au gland dans toute sa circonférence. On ne voyait aucune ulcération. Le testicule gauche était un peu plus gros que le droit ; l'orifice de l'urètre était très-étroit, aucune bougie ne pouvait y pénétrer.

Pour relever les forces vitales, Stoll prescrivit des vésicatoires, des sinapismes, l'infusion de racine de serpentaire de Virginie, de contrayerva et le camphre à grandes doses. Le pouls reprit de la force. Deux jours après, la tête revint pour quelque temps ; et le malade dit qu'il ne rendait plus ses urines qu'avec difficulté et par un jet très-petit, qu'il en était ainsi depuis huit ans, que cette incommodité avait commencé à la suite de plusieurs gonorrhées. Le délire l'empêcha de continuer. Une sonde très-fine fut passée, ce qui procura une évacuation d'urines très-rouges et sanguinolentes. La mort arriva le 12 octobre.

Ayant ouvert l'urètre, on trouva vers le frein un rétrécissement considérable qui seul, pendant la vie du malade, avait rendu difficile l'introduction de la sonde ; car aucune autre altération n'existait dans le reste du canal.

Les orifices des canaux éjaculateurs étaient plus dilatés que de coutume, le gauche rendait du pus quand on exprimait la prostate. Du reste, la caroncule était saine. On faisait aussi sortir, en comprimant légèrement la prostate avec le doigt, du pus par tous ses conduits excréteurs ; et à son ouverture, on y

trouva de petits abcès du volume d'une lentille ou d'un pois.

On trouva aussi la vésicule séminale droite dans l'état naturel, et pleine de liqueur spermatique ; les parois de la gauche étaient dures, épaissies, enflammées : dans différents points, elle était remplie de pus. La tunique vaginale gauche était très-adhérente au testicule. Celui-ci, plus volumineux que le droit, contenait un abcès comme une noix, rempli de pus épais et bien conditionné. Les cordons des vaisseaux spermatiques étaient en bon état.

Un peu d'urine sanguinolente était contenue dans la vessie ; sur toute sa surface interne, on voyait de grandes taches d'un rouge foncé qui paraissaient autant de meurtrissures.

Les reins étaient plus rouges que de coutume.

Il y avait de l'inflammation aux intestins. Le poumon n'était point altéré ; mais on trouva dans toute la substance du gauche, des tubercules de la grosseur d'un pois ou d'une lentille, durs, blancs, solides, comme formés de cartilages mous. La substance du poumon, interposée entre ces tubercules, était très-friable et paraissait altérée. Ce poumon était en outre très-adhérent à la plèvre, qui, elle-même, était très-épaisse. Elle avait, dans quelques points, l'aspect d'un cartilage mou ; d'autres portions étaient blanches, tenaces, tendineuses, formées de différentes couches appliquées les unes sur les autres, on pouvait les séparer avec l'instrument et même avec le doigt. Quelques morceaux, coupés transversalement et pressés entre les doigts, laissèrent échapper de toute part du sang, des petits vaisseaux qui s'y distribuaient en grand nombre.

Une sérosité jaunâtre emplissait les ventricules latéraux du cerveau. (Stoll, *Pars prima Rationis medendi*, sect. XV.)

Il arrive qu'une vésicule se déplisse comme par la compression excentrique du pus emprisonné dans la cavité par l'oblitération de son orifice. Cette explication est rendue vraisemblable par l'état concret d'une partie du pus mêlé à d'autre plus liquide et d'une apparence phlegmoneuse, comme dans ce cas :

Obs. 13. « *Délire, agitation, douleur hypogastrique, mort. Méningite, péritonite, cystite, suppuration remarquable des follicules muqueux de la prostate, de la vésicule séminale droite et du canal déférent correspondant.*

» Étant à Paris en novembre 1826, j'eus l'occasion de voir mon ancien condisciple, le docteur Dalmas, au moment où je venais de lire une excellente dissertation de lui, sur les *lésions organiques considérées comme cause unique de toutes les maladies.* La conversation tomba naturellement sur cet objet, et je lui communiquai plusieurs observations de pertes séminales simulant des affections cérébrales, des gastro-entérites, etc. Ces faits rentraient trop dans sa manière de voir pour ne pas le frapper ; il se promit donc de ne plus négliger aucune occasion d'examiner les organes génitaux. Quelques jours après, le docteur Dalmas ayant fait, à la Charité, l'ouverture cadavérique d'un individu mort d'affection cérébrale, voulut constater l'état de la prostate et des vésicules séminales, et ne fut pas peu surpris d'en voir sortir du pus. Il eut alors l'attention de conserver les pièces, afin que je pusse les examiner avec lui, le lendemain. Il me remit en même temps la note de ce qu'il avait pu recueillir sur ce malade.

» Jean-Pierre, garçon, domestique, âgé de vingt-quatre ans, brun, d'une taille ordinaire, bien proportionné, paraissait jouir d'une bonne constitution. Il avait cependant eu, dans l'été de 1826, une maladie que son médecin désignait sous le nom d'*inflammation du bas-ventre.* Il était sujet à de la toux. C'est dans ces circonstances que ce jeune homme fut pris, sans cause connue, ou dont il voulût parler, de lassitudes, de fièvres et de tous les symptômes qui précèdent les maladies aiguës. Quelques jours après, 14 novembre 1826, il fut reçu à la Charité, salle Saint-Michel, dans l'état suivant :

» Agitation ; yeux brillants ; physionomie mobile ; pâleur et rougeur alternatives du visage ; frissons passagers, trem-

blements légers dans tous les membres, dans la langue, lorsqu'il la sort ou qu'il articule des sons; céphalalgie; vue un peu trouble; pouls fréquent, peu développé; nausées, coliques; sensibilité de tout le ventre à la pression, surtout dans la région hypogastrique; quand on interroge long-temps le malade, on s'aperçoit qu'il finit par déraisonner (orge, oxymel, diète).

» Le lendemain 15, soubresauts dans les tendons; langue sèche; ventre et hypogastre plus sensibles; point de dévoiement (orge, oxymel, sinapismes).

Le 16, léger délire; pouls rétréci; du reste mêmes symptômes, même traitement.

» Le 19, dilatation considérable des pupilles, délire plus prononcé et presque continuel, mouvements désordonnés mais qui n'ont rien de convulsif, agitation des bras et des jambes pour se débarrasser des couvertures; point de paralysie du sentiment ni du mouvement; rétention d'urine; pouls toujours plus petit (dix sangsues sur l'hypogastre, dix autres au cou, eau d'orge, diète). Cathétérisme facile, paraissant causer peu de douleurs; urines sanguinolentes.

» Le 20, tension du ventre; fièvre; délire; pupilles toujours dilatées; froid des extrémités; mort sans qu'on ait remarqué ni convulsion ni paralysie.

» *Nécroscopie*, le 22 au matin.

» *Crâne*. Méninges sèches; circonvolutions cérébrales aplaties; anfractuosités peu prononcées; six ou sept onces de sérosité trouble, laiteuse dans les ventricules; *septum lucidum* ramolli, diffluent comme de la crème, sans traces d'injection ni de pus; cerveau et cervelet sains.

» *Poitrine*. Dans l'un et l'autre poumons, tubercules miliaires, gris et demi-transparents; point de cavernes; plèvres et bronches d'apparence normale.

» *Abdomen*. Adhérence de deux portions d'intestin grêle au sommet de la vessie, par le moyen de fausses membranes récentes, non organisées. Membrane muqueuse vésicale injectée, d'un rouge noir, tapissée de fausses membranes grisâtres; épaississement de la membrane musculeuse; urines troubles.

» *Canal* déférent, du côté droit, plus gros, plus dense que le gauche, à parois plus épaisses et moins transparentes, augmentant de volume vers la vésicule séminale correspondante; contenant, dans toute son étendue, du pus épais, bien lié et d'un blanc jaunâtre, surface interne de ce même canal déférent, tomenteuse, inégale, comme alvéolaire, d'un blanc jaunâtre, tapissée d'une espèce de fausse membrane formée de pus concret, jusqu'à l'orifice du canal éjaculateur correspondant; vésicule séminale du même côté, plus volumineuse, plus saillante que la gauche, moins bosselée à sa surface, à parois beaucoup plus épaisses; d'un tissu plus dense et d'une teinte jaunâtre; contenant plus d'une cuillerée de pus d'un jaune verdâtre, moins épais que celui du canal déférent, tout à fait semblable au pus d'un phlegmon aigu; anfractuosités alvéolaires de la vésicule effacées, détruites, de manière à ne former qu'un vaste sac un peu inégal; dans le fond des cellules détruites, pus beaucoup plus concret, tout à fait semblable à de la matière tuberculeuse.

» Vésicule séminale gauche saine, contenant une matière épaisse, verdâtre, glutineuse, point filante, mais onctueuse et assez semblable à du *méconium*.

» Prostate volumineuse, inégale, bosselée, offrant à sa surface une foule de petits points blanchâtres, isolés comme dans le furoncle, ou groupés comme dans certains anthrax, légèrement saillants au-dessous de l'enveloppe fibro-celluleuse de la prostate, à travers laquelle on les aperçoit à cause de la couleur foncée des parties environnantes.

» Le lobe droit de la prostate est plus saillant que le gauche; incisé, il ressemble au premier aspect à un gros tubercule scrofuleux encore dur, et, comme on dit, à l'état de *crudité*. Le parenchyme paraît tout entier remplacé par de la matière tuberculeuse concrète. Cependant, en examinant cette altération avec attention, il est facile de voir que ce n'est pas une matière homogène, mais une agglomération de follicules muqueux dilatés et remplis de pus. En les disséquant séparément depuis leur orifice à la membrane muqueuse, jusqu'au

fond de leur cul-de-sac, on voit évidemment que chacun d'eux a participé à l'inflammation du canal éjaculateur, de la vésicule, du canal déférent, et qu'ils sont remplis de pus semblable.

» Le tissu lamineux qui les unit n'ayant pas participé à l'inflammation, il est facile de les isoler dans toute leur étendue, et de s'assurer que les points blancs remarqués à la surface de la prostate, ne sont que les culs-de-sac de ces follicules muqueux, gorgés de pus et recouverts par la tunique fibro-celluleuse. Dans le lobe gauche, le nombre des follicules muqueux enflammés est moins considérable ; ils sont plus isolés ; ce qui permet de constater encore mieux la nature de l'altération. Jamais préparation artificielle n'a pu donner une idée plus exacte de la structure de la prostate. » (Lallemand, *Des pertes séminales involontaires*, t. I, p. 46.)

On a vu les canaux indurés et dilatés, et les vésicules séminales ossifiées. Ainsi, sur le cadavre d'un hydropique âgé de soixante-six ans, M. Lallemand a trouvé les canaux éjaculateurs d'une dureté cartilagineuse.

Obs. 14. « Un homme âgé de 66 ans, à la suite de fièvres intermittentes, devint hydropique et mourut dans les salles de la Clinique médicale. Apporté à l'École de médecine, son corps présenta des altérations auxquelles on était loin de s'attendre.

» On trouva *le rein gauche* très-développé, déformé, d'un jaune blanchâtre, la partie correspondant au carré des lombes était mince, dure, élastique et n'avait aucune trace de l'organisation normale ; l'autre moitié, plus volumineuse, avait la même apparence et contenait *six vastes anfractuosités*, tapissées par une membrane blanche et très-lisse ; un *semblable* foyer contenait une grande quantité de *pus*, le bassinet était *déformé*, l'orifice de l'uretère était plus étroit que le reste du canal. Depuis le rein jusqu'à la vessie, celui-ci avait un pouce de circonférence.

» De nombreuses colonnes se présentaient à la vessie : ses parois avaient six lignes d'épaisseur, dures, blanchâtres, comme cartilagineuses, et ne s'affaissaient pas après avoir été incisées ; la surface interne était d'un gris terne, ridée et rude au toucher. Il existait sous la membrane muqueuse du *pus* en plusieurs points. Le col de la vessie était évasé, entouré de rides semblables à celles du pourtour de l'anus quand il est garni d'hémorrhoïdes.

» Le volume de la *prostate* était trois fois plus gros qu'il ne l'est dans l'état naturel ; quelques parties granuleuses, d'un rose terne, étaient présentées par elle ; le reste était lardacé et très-dur. U *clapier* était à sa partie inférieure ; il aurait pu contenir une fève de marais. Le verumontanum était très-saillant.

» Une dureté cartilagineuse existait aux *canaux éjaculateurs*, il y avait même plusieurs noyaux osseux dans leur épaisseur ; une telle dilatation existait à leur orifice, qu'une plume d'oie aurait pu y être admise. *Les vésicules séminales* étaient *complétement ossifiées*, d'un blanc terne ; elles avaient la forme et le volume d'un noyau d'olive. Il s'y rattachait deux espèces de tumeurs hydatiques.

» La couleur de *l'urètre* était d'un rouge lie de vin ; elle était mollasse et de très-grande dimension ; les testicules étaient sains ; l'artère honteuse interne ossifiée à travers le périnée, de même que plusieurs petites artérioles du voisinage.

» L'inflammation s'étend de l'urètre au rein, par la vessie et l'urètre, ainsi qu'aux vésicules séminales, par les canaux éjaculateurs ; elle a produit aussi, dans la prostate et le rein, des désordres analogues.

» Pertes séminales habituelles probables.

» L'ossification des vésicules séminales, décrite ici, s'explique aussi facilement que celle des canaux déférents. » (Lallemand, *Des pertes sémin. involont.*, t. I, p. 61.)

Dans les observations précédentes, l'existence de la spermatorrhée n'était que probable ; mais il existe des cas où, avec des altérations analogues, elle a été parfaitement constatée. Sur un sujet dont les veines de la cuisse droite étaient enflammées, les veines abdominales et les artères pulmonaires malades, M. Clément trouva le sphincter anal sans res-

sort, les vésicules séminales gonflées et enflammées, les canaux déférents ossifiés et cependant livrant passage au sperme, l'épididyme dur et ulcéré. La mort avait été attribuée à une hémorrhagie cérébrale. Le sujet, qui avait mené une vie fort licencieuse, avait eu plusieurs orchites blennorrhagiques et s'était abandonné à l'onanisme jusqu'au dernier moment. Il avait eu à la fois des pollutions nocturnes et des pollutions diurnes; le sperme sortait mêlé à du pus et à de l'urine. Il y avait eu souvent des difficultés d'uriner et d'aller à la selle. Sur les derniers temps le vieillard était triste et morose. (Voy. Civiale, IIe part., p. 135.)

Une lésion fort remarquable des canaux éjaculateurs, c'est leur éraillement et leur isolement coïncidant avec l'altération des vésicules séminales chez un sujet qui avait eu des pollutions diurnes.

Obs. 15. Un jeune Suisse, d'une naissance et d'une éducation distinguées, qui s'était livré à la philosophie, fut obligé de s'occuper des détails plus positifs d'une manufacture. Son amour-propre et son caractère en souffrirent. Il devint mélancolique. Il se maria, eut un enfant, malgré la rapidité de l'éjaculation. Le coït devint de plus en plus incomplet, et enfin nul; il y eut impuissance. M. Lallemand, appelé après plusieurs autres praticiens qui avaient méconnu la maladie, fut mis sur la voie par les renseignements précédents, et il demanda à examiner les urines.

Elles étaient troubles, épaisses comme de l'eau de macération; leur odeur était nauséabonde. En les transvasant, on voyait s'écouler un nuage floconneux; une matière filante, glaireuse, verdâtre[1], resta fortement adhérente au fond du vase; des globules épais, d'un blanc jaunâtre, non adhérents, étaient mêlés à ce dépôt comme des gouttes de pus. Non-seulement on était convaincu qu'il existait une perte séminale, mais encore une inflammation chronique de la prostate, avec suppuration des reins.

Voici ce que le médecin put apprendre de la femme du malade : son mari était naturellement très-froid, il n'avait jamais fait d'excès avec elle. Le coït avait toujours été si rapide, et elle y avait pris si peu de part, qu'elle ne pouvait concevoir comment elle avait pu devenir mère; les rapports étaient devenus peu à peu très-rares; depuis trois ans ils avaient même entièrement cessé.

Le médecin, malgré l'état où se trouvaient les fonctions intellectuelles, avait pu, dans un moment favorable, obtenir du malade des renseignements qui jamais ne lui avaient été demandés. Aux environs de Genève, s'étant égaré, il s'était rencontré seul avec une bergère qui avait quitté son troupeau pour lui montrer son chemin. Il avait alors seize ans et sortait du collége... Il lui survint, quelques jours après, un écoulement blennorrhagique qu'il cacha soigneusement; il le guérit par le seul usage des boissons rafraîchissantes. L'écoulement se reproduisit l'année suivante et fut arrêté par des astringents. Ayant bu, deux ans après, beaucoup de bière dans les chaleurs de l'été, il reparut; enfin, pendant un long voyage qu'il fit à cheval, il revint encore. Le malade s'était senti depuis lors peu de goût pour les femmes et s'en était privé sans peine.

Le médecin, bien convaincu d'après le rapprochement de toutes ces circonstances, expliqua à M. de S... la nature de sa maladie. Il n'en crut rien, mais il promit de s'observer. Dès le lendemain il prit son médecin à part et lui dit qu'en effet les dernières gouttes d'urine étaient visqueuses, et qu'en allant à la selle il avait recueilli plein le creux de sa main de matières semblables (lait à la glace, etc.)

Il se fit une nouvelle congestion cérébrale, huit jours après, à la suite de laquelle la respiration devint stertoreuse, la peau glacée, le pouls insaisissable; le malade succomba à la suite d'une syncope, le 1er mars 1824.

La maladie de M. de S... avait été regardée comme héréditaire : il laissait un fils; le médecin profita de cette circonstance pour obtenir l'ouverture du corps. Elle eut lieu vingt-six heures après la mort.

Le cadavre était d'une maigreur excessive, le ventre vert, d'une odeur infecte.

L'abdomen était météorisé, vert et

d'une odeur infecte; le foie très-ferme et de couleur naturelle; une cuillerée de bile existait dans la vésicule du fiel; rate petite, violacée et dense; l'estomac était distendu par des gaz, membrane muqueuse mince, souple, d'un gris ordinaire; intestins grêles et gros minces et pâles, distendus par des gaz; matières fécales en petite quantité, brunes, liquides et fétides.

Le volume du rein gauche était ordinaire, d'un beau rouge et très-ferme.

Le rein droit était d'un tiers plus gros, adhérent aux parties environnantes par un tissu cellulaire dense, très-résistant et fibreux, contenant dans son parenchyme une quantité de petits abcès, qui étaient variables depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'une noix; les uns étaient récents et sans enveloppes, les autres anciens, enkystés; ils étaient remplis de pus épais et crémeux; le tissu du rein réduit dans les quatre cinquièmes de son étendue, en une membrane dense, coriace, remplie de cloisons épaisses, fibreuses ou violacées; la membrane interne du bassinet était rouge, villeuse; l'urètre mince, distendu, brunâtre et très-injecté à sa surface intérieure.

La vessie contenait deux pintes d'urine assez transparente, et remontait presque à l'ombilic.

Les organes génitaux furent enlevés pour les examiner avec plus de soin, après avoir scié les pubis et les ischions.

Les parois de la vessie étaient minces; les fibres musculaires faibles et écartées; la membrane muqueuse avait une couleur rosée, un peu injectée, mince et très-peu altérée.

La prostate faisait une saillie de trois ou quatre lignes en arrière du col de la vessie, dans une étendue d'un pouce et demi en surface. Dans l'angle rentrant que forme le péritoine en s'étendant de la vessie sur le rectum, épanchement d'une matière albumineuse, d'un blanc jaunâtre, d'une demi-ligne d'épaisseur, d'environ deux pouces d'étendue, unissant la paroi antérieure du rectum aux vésicules séminales.

La vésicule séminale droite est écartée du canal déférent correspondant, repliée sur le bord supérieur de la prostate, et comme *atrophiée*, entourée d'un tissu dense, fibreux et difficile à disséquer. La vésicule séminale gauche *petite, brune*, mais dans sa situation naturelle.

Le volume de la prostate est doublé; elle est saillante dans le rectum, dure sur les parties latérales du col de la vessie, molle dans sa partie moyenne.

Ayant divisé d'un coup de bistouri son enveloppe fibreuse, il s'en écoula une matière purulente, épaisse, opaque, filante, élastique, semblable à du pus pour la couleur, et au mucus nasal pour la consistance. Toute la partie antérieure et moyenne de la prostate est occupée par une cavité qui a quinze lignes environ de dimension dans tous les sens; lorsqu'on en tire le mucus purulent qu'elle contient, la masse glutineuse se divise en une grande quantité de filaments qui vont s'engager dans autant de petits trous. Ayant fendu le canal de l'urètre, ces filaments sortent par l'ouverture des follicules muqueux de la prostate; la cavité étant vidée, on reconnaît que les deux tiers inférieurs de la portion prostatique de la membrane muqueuse urétrale ont été disséqués et recouvrent la cavité de la prostate, de même que la lame criblée de l'ethmoïde recouvre les fosses nasales sur une tête sèche.

Au lieu d'être circulaire et mamelonnée, l'*ouverture des canaux éjaculateurs* forme une fente *allongée*, *éraillée*, surtout du côté de la vessie; quoique assez gros, deux stylets introduits par les canaux déférents sortent facilement par ces ouvertures; les canaux éjaculateurs sont comme disséqués, grêles et minces, et font partie de la paroi supérieure de la cavité creusée dans la prostate; le bord postérieur de la prostate n'est pas encore détruit, mais il est pâle, mollasse, facile à déchirer, ainsi que les parties qui avoisinent le foyer principal; comme par de longs tuyaux, on en fait sortir une matière onctueuse et puriforme.

Le canal urétral n'offre rien de particulier.

Les testicules sont petits, flasques et pâles. (Voy. Lallemand, *Des pertes séminales involontaires*, t. I, p. 18.)

En résumé, les *canaux éjaculateurs* présentent des altérations diverses qui portent sur leur orifice, qui est allongé, éraillé, agrandi ; sur leur corps, qu'on a vu assez dilaté pour recevoir une plume d'oie, et disséqué par la suppuration de la prostate au point d'être presque entièrement isolé. Les parois en sont généralement épaissies, endurcies, cartilagineuses et même semées de points osseux. Suivant M. Lallemand, les altérations du corps de ces conduits favorisent, bien plus que celles de leur orifice, les pertes séminales involontaires, parce que, dit-il, ces canaux ne peuvent plus se resserrer pour empêcher le fluide spermatique de passer directement des testicules dans l'urètre, et d'arriver ainsi de sa source au dehors sans passer par son réservoir ; par la même raison la moindre compression, la moindre contraction des vésicules en expulse le contenu.

Quant à ce contenu, il est à peu près le même que celui que nous allons retrouver dans les vésicules séminales et les canaux déférents. On y a rencontré du sperme altéré, du pus, des tubercules ; matières qui avaient pu être produites sur place, ou qui étaient fournies par des parties plus élevées de l'appareil.

On a trouvé les parois des *vésicules séminales* déplissées, épaissies, cartilagineuses et même osseuses ; dans certains cas la phlegmasie s'est étendue, d'une manière locale, au péritoine voisin ; à leur intérieur, il y a tantôt du sperme altéré, semblable à du méconium, du pus phl gmoneux, du pus concret et analogue à la matière tuberculeuse ; enfin on y voit de véritables tubercules (Andral).

Les *canaux déférents* renferment les mêmes produits et présentent dans leurs parois des engorgements isolés qui leur donnent de la ressemblance avec un chapelet, disposition qui peut s'étendre à l'épididyme et au corps d'Highmore. Ces nœuds peuvent oblitérer complétement le canal aux points qui leur correspondent ; et le cours du sperme se trouvant ainsi intercepté, il y a nécessairement infécondité, si la même lésion existe des deux côtés.

Les *testicules* ont offert des abcès, des tubercules, de l'atrophie, etc. ; on a vu la cavité de la tunique vaginale correspondante effacée.

Tantôt les deux moitiés symétriques de l'appareil sont prises en même temps, depuis les canaux éjaculateurs jusqu'à une hauteur variable depuis les vésicules séminales jusqu'aux conduits déférents, ou jusqu'aux testicules ; tantôt la lésion ne porte que d'un côté, mais elle atteint également plusieurs organes à la fois, canaux éjaculateurs, vésicules, etc.

Ainsi que les faits nous le rappelleront souvent, les affections de l'appareil urinaire compliquent souvent celles de l'appareil génital ; nous avons vu même que ces dernières ne sont dans bien des cas que la conséquence des autres (voy. les *causes* des pollutions).

La prostate, qui est sur les limites des deux appareils, mais qui appartient plus au spermatique, est chez beaucoup de malades hypertrophiée, enflammée, abcédée ; la vessie enflammée, atteinte de névralgie ; les reins eux-mêmes peuvent présenter des lésions légères ou graves.

Enfin le canal excréteur de l'urine offre des désordres sur lesquels nous nous sommes trop étendus, à l'occasion de l'étiologie, pour qu'il ne soit pas plus qu'inutile d'y revenir ici.

Nous terminerons en répétant que l'anatomie pathologique des pollutions laisse beaucoup à désirer ainsi que sa corrélation avec les symptômes.

Symptômes des pertes séminales involontaires. En commençant ce chapitre nous devons dire que les pollutions qui ont lieu surtout pendant le sommeil, dans les premiers temps de la puberté ou plus tard après une longue continence, n'offrent rien de morbide, si elles se font dans une certaine mesure. Au contraire, elles sont alors le plus souvent salutaires, en débarrassant l'économie d'un excès de force qui la gêne. Nous ne nous occuperons donc pas davantage de ces pollutions, qui rentrent plutôt dans l'ordre physiologique que dans les troubles pathologiques de l'appareil génital.

Les symptômes de la spermatorrhée sont locaux et généraux.

A. *Symptômes locaux.* Les pertes sé-

minales involontaires sont *nocturnes* ou *diurnes* : c'est là une division fondamentale, admise par tous les auteurs et réellement basée sur la nature des choses.

a. *Pollutions nocturnes.* Au début, les pertes nocturnes qui prennent un caractère morbide, sont encore et parfois long-temps précédées et accompagnées des phénomènes d'excitation ordinaires, de rêves, d'érections, de plaisir. Mais toutes ces conditions qui tiennent à l'état normal peuvent finir par disparaître, en sorte que les pertes ont lieu sans aucune sensation particulière, et les malades ne peuvent s'en apercevoir qu'aux taches qu'ils découvrent à leur réveil dans leur linge ou sur la peau, dans les poils du pubis, ou aux vestiges que contient quelquefois un prépuce long et étroit. Ces pollutions reviennent deux ou trois fois par semaine, toutes les nuits, plusieurs fois par nuit. La liqueur séminale perd peu à peu sa consistance, sa couleur, son odeur et même ses zoospermes, pour descendre graduellement aux apparences du mucus prostatique. Malgré ces altérations qui pourraient, à un examen superficiel, faire méconnaître le fluide séminal, il se distingue à la manière dont il est rendu. En effet, l'émission en est subite et jamais continue. Ce caractère de la soudaineté de l'émission est important dans les cas où la liqueur est claire comme de l'eau, et un étudiant en médecine l'a vue sur lui-même si abondante et si aqueuse, qu'il se croyait atteint d'une légère incontinence d'urine. Hippocrate avait bien saisi ces deux altérations du sperme dans les pollutions involontaires, son *abondance* et sa *fluidité*.

Le sperme, en même temps qu'il est plus fluide, est quelquefois rougeâtre, sanguinolent, comme le démontre l'observation suivante, qui est en même temps un exemple frappant des funestes effets de la continence et des liqueurs fortes :

Obs. 16. « Un étudiant, fortement constitué, et qui s'était livré avec ardeur au coït pendant plusieurs années, cessa tout à coup son genre de vie pour se livrer à un travail forcé de cabinet. Les liqueurs fortes, le café et le tabac ne furent point épargnés durant plus de trois mois, que le jeune homme demeura confiné dans une solitude absolue. Il eut d'abord quelques pollutions nocturnes, précédées de fortes érections, mais dont la fréquence diminua bientôt. Ses préoccupations étaient telles qu'il ne s'aperçut pas que la sensation inhérente à la sortie du sperme avait changé, et que son linge était marqué de taches rougeâtres. Les testicules et les cordons spermatiques devinrent douloureux. La première fois qu'il se livra au coït il éjacula une grande quantité de matière sanguinolente, dont la femme fut très-effrayée. Ce ne fut qu'au bout d'un mois de repos d'esprit, d'exercice modéré, d'abstinence de café, et d'un régime doux, qu'il revint à son état primitif. Les quatre ou cinq premiers rapprochements sexuels furent sans plaisir. Le sperme reprit insensiblement sa couleur naturelle ; mais il conserva pendant quelque temps une plus grande fluidité. Quant à la diminution de l'appétit, à la teinte jaune des téguments et à la disposition très-prononcée aux irritations, qu'on remarquait également chez ce jeune homme, je ne m'en occupe point ici, parce qu'il était tout naturel de les attribuer au changement subit de sa manière de vivre et à un régime peu en harmonie avec les lois de l'hygiène. Mais la continence me paraît avoir été la principale cause des symptômes qui éclatèrent du côté des organes génitaux. » (Civiale, *lieu cité,* p. 195.)

Ce cas de sperme sanguinolent est si rare que M. Lallemand ne l'a rencontré qu'une fois, ainsi qu'il le dit en retraçant les autres altérations de ce liquide.

« Ici je ferai remarquer que dans les pollutions nocturnes, et en général dans les pertes séminales involontaires, le sperme subit très-rarement d'autres altérations que celles dont j'ai parlé, lors même que les malades ont rendu du sang en se livrant à la masturbation ou au coït avec fureur. Je n'ai vu qu'un seul malade dont les pollutions aient été sanguinolentes, pendant quelques jours seulement. Il est aussi rare que le sperme soit purulent ou sanieux, du moins pendant long-temps, chez les malades affectés de

pertes séminales involontaires, et cela se conçoit ; car ces caractères annoncent une altération profonde des organes spermatiques, qui serait bientôt suivie de la mort, si elle persistait avec cette intensité. Il arrive très-souvent qu'une spermatorrhée ordinaire succède à ces émissions sanguinolentes ou sanieuses ; mais tant que la maladie conserve les caractères d'une véritable phlegmasie, il faut la considérer comme telle et la traiter en conséquence : c'est pourquoi je ne suis pas revenu sur ces rares altérations du sperme. » (Lallemand, *l. cit.*, p. 332.)

C'est ordinairement au milieu de pensées, de souvenirs ou de rêves lubriques qu'a lieu la catastrophe, soit que le cerveau réagisse sur l'appareil génital, ou l'appareil génital sur le cerveau. Lorsque le mal est plus avancé, la contraction des vésicules se passe de cet excitant, et il suffit pour la provoquer de la plénitude de la vessie ou du rectum, d'un lit trop chaud ou trop mou, du décubitus dorsal, de boissons chaudes, stimulantes, du frottement de la verge sur le drap ou la chemise du malade, etc.

D'autres fois, au lieu de ces influences, qui semblent en quelque sorte naturelles, il y en a d'autres qu'on peut appeler anormales; de ce nombre sont les images qui dans la veille ont quelque chose de repoussant, l'accouplement d'animaux, de mouches, de limaces, etc.

Plus tard, le sommeil est exclusivement agité par des rêves effrayants, par de véritables cauchemars, et la pollution se fait sous cette impression pénible, sans aucun des excitants qui la déterminent ordinairement, comme aussi sans plaisir aucun, et ce sont précisément là les pertes séminales les plus accablantes.

Il y a déjà long-temps que ces derniers caractères des pertes, y compris leur gravité, ont été indiqués, puisque Celse, parmi les traits qu'il a semés dans son ouvrage, avec son élégance et sa concision ordinaires, a tracé celui-ci.

« Les parties naturelles éprouvent une autre maladie, c'est une perte de semence qui a lieu sans plaisir, sans rêves voluptueux, et qui, après un certain temps, fait périr les malades de consomption. » (Celse, liv. IV, chap. 21.)

Le retour de la sensation voluptueuse dans la pollution est, en conséquence, d'un bon augure.

Nous ne saurions mieux terminer ce paragraphe qu'en donnant cette observation écrite par le malade lui-même, mais que sa longueur nous oblige d'abréger.

Voici de quelle manière le malade a retracé les plus petites circonstances de ses tortures pendant les plus belles années de sa vie.

Obs. 17. Je suis né robuste et de parents sains; à l'âge de 11 ans je contractai de *moi-même* la fatale habitude de l'onanisme ; mais bientôt je m'aperçus de ses effets pernicieux sur mes facultés physiques et intellectuelles.

Une verte remontrance, faite par une personne chargée de me surveiller, me corrigea. Deux mois après ma santé était rétablie. Elles ne se démentit pas jusqu'à quatorze ans.

A cette époque les *Contes de La Fontaine* excitèrent mon imagination et ramenèrent la funeste habitude que j'avais perdue depuis trois ans.

L'année suivante, 1815, je trouvai, dans la bibliothèque de mon père, l'*Arétin*, *Boccace* et autres ouvrages de même nature, que je dévorai en cachette. Vers cette époque, une dame mariée, avec laquelle je contractai des liaisons, se jouant de mon inexpérience par des baisers et des attouchements lascifs, provoquait en moi les désirs les plus violents, sans vouloir me permettre de les satisfaire.

Après toutes ces excitations, la simple vue d'une femme me faisait éprouver des palpitations et des tremblements dans tous les membres. Jusqu'alors je n'avais pas encore eu d'évacuations involontaires de sperme, je conservais assez de pouvoir sur moi-même pour ne les déterminer qu'une fois par semaine, le dimanche.

L'irritation que j'éprouvais aux parties génitales était si forte que je me voyais souvent forcé de plonger ma verge dans

l'eau fraîche pour tempérer l'ardeur que j'y ressentais. J'étais grand, et fort développé pour mon âge ; ma santé était robuste, seulement, depuis quelque temps, j'avais perdu de mon embonpoint ordinaire.

Le 25 octobre 1815, à mon réveil, je me trouvai pour la première fois inondé de sperme, sans que j'eusse eu connaissance de sa sortie ; il est à noter que la veille j'avais fait une longue course à pied, et je m'étais consumé en efforts inutiles auprès de la personne dont j'ai déjà parlé, ce qui m'avait considérablement énervé.

Pendant les huit jours suivants, j'eus toutes les nuits plusieurs pollutions qui me jetèrent dans un affaissement épouvantable. Je maigris à vue d'œil ; mon appétit s'accrut en proportion. Je renonçai à tous mes devoirs ; je devins un squelette ambulant ; cependant je ne désespérais pas de mon salut, je crus qu'un accident pareil se guérirait bientôt de lui-même. Combien je m'étais trompé !

Une fausse pudeur m'empêcha de confier mon état à mon père, et je me trouvai livré à mes propres expédients pour combattre ma cruelle maladie ; mais dès ce moment elle devint l'unique objet de mes pensées. Concentré en moi-même, je me détachai de tout ce qui m'environnait pour ne plus m'occuper que de ma guérison.

J'imaginai d'abord de lier le prépuce avec un cordon, de manière à ce que le gland ne pût pas être en contact avec les draps. Ce moyen, comme tous ceux que j'employai par la suite, sembla me réussir pendant quelque temps ; mais il finit par ne plus produire aucun effet.

Combien de fois ne m'est-il pas arrivé en dénouant le cordon le matin de trouver l'espace compris entre le prépuce et le gland rempli de sperme ! Lorsque je voyais s'écouler ainsi ma santé, mon bonheur, ma vie, je ne pouvais m'empêcher de répandre des larmes, une sueur froide me couvrait de la tête aux pieds ; j'entrevoyais la mort, je l'appelais même de tous mes vœux.

Je fouillai la bibliothèque de mon père, non pour y chercher des ouvrages obscènes, que je fuyais comme la peste ; mais des livres de médecine auxquels je demandais du soulagement. En me couchant je mettais autour de mon lit plusieurs chaises chargées d'in-folio, tels qu'Hippocrate, Galien, Ambroise Paré, des recueils de thèses, etc., et je veillais très-avant dans la nuit en lisant dans ces différents auteurs tout ce qui avait rapport à mon état.

Pendant l'année 1816, malgré tous les moyens que je mis en œuvre, je ne cessai pas d'avoir au moins quatre pollutions par semaine. Il m'est arrivé d'en avoir plusieurs toutes les nuits pendant quinze jours de suite, après quoi j'eus une rémission de trois jours. C'était précisément ce qu'il fallait pour m'empêcher de mourir. J'étais maigre à faire peur, j'éprouvais dans la colonne vertébrale des douleurs atroces, tous mes mouvements étaient pénibles ; il me semblait que j'avais de la craie dans mes articulations au lieu de synovie ; lorsque je marchais, je sentais *mon cerveau ballotter dans ma tête*. Pendant tout l'hiver, je restai auprès du feu ; mes extrémités étaient toujours froides et je ne pouvais les réchauffer.

Désirant connaître l'organisation humaine pour comprendre les livres de médecine, j'allai chez un boucher prendre des leçons de splanchnologie qui me conduisirent à bien des explications extravagantes. Je lus tout ce que je pus trouver sur le *tabes dorsalis*. C'est dans ces lectures que je puisai mes méthodes de traitement.

Jusqu'alors j'avais dormi sur un lit de plumes ; je le fis supprimer, et j'y substituai un pliant, sur lequel étaient clouées des planches en guise de sangles. Je fis mettre sur ces planches une simple couverture de laine et un drap.

Je crus qu'en évitant de dormir sur le dos je préviendrais les pollutions. Après des efforts infructueux pour me corriger de cette habitude, je fabriquai une ceinture en peau, dont je me ceignis tous les soirs avant de me coucher. A la partie postérieure était fixé un coin de bois assez proéminent pour me forcer à rester couché sur l'un des côtés.

J'attribuai aussi mes pollutions à l'habitude où j'étais de dormir les cuisses

fortement fléchies sur le bassin, de manière que mes parties génitales comprimées ne pouvant se développer librement pendant l'érection, étaient exposées à des frottements. Dans l'intention d'obvier à cet inconvénient, je me fixai les pieds avec des cordes à l'extrémité de mon lit ; mes membres inférieurs étaient dans l'extension, j'avais seulement la liberté de me retourner à droite ou à gauche ; j'étais étendu comme sur un chevalet.

Ma chemise ayant paru me causer quelques pollutions en l'enveloppant autour de ma verge pendant le sommeil, je pris le soin de l'ôter tous les soirs avant de me coucher.

Pour n'avoir rien à craindre du contact des draps, je fabriquai une espèce de cage en osier, qui les tenait suspendus au niveau de mon bassin. Croyant que si je parvenais à ne pas dormir je n'aurais jamais de pollutions, je mis à la place de mon traversin un morceau de bois rugueux qui me meurtrissait la tête et interrompait mon sommeil à chaque instant.

Je persistai dans ces moyens de torture pendant bien des années, parce que je redoutais plus une perte séminale que toutes les meurtrissures imaginables. Je ne conservais d'activité dans l'esprit que pour inventer de nouveaux moyens ou perfectionner ceux que j'avais déjà employés.

J'imaginai, par exemple, de nouer le prépuce lui-même avec une touffe de poils, de sorte que ma verge venant à s'écarter par l'érection tirait les poils et me causait une douleur qui devait me réveiller. Après quelques expériences peu avantageuses, ce moyen fut remplacé par celui-ci. Je comprimai ma verge avec un cordon plat, que je roulais, en le serrant fortement, depuis la racine jusqu'au sommet du gland, en sorte qu'il y eût quatre ou cinq épaisseurs de bandes entre elle et les corps extérieurs.

Il m'est arrivé souvent, par l'emploi de ces divers moyens, de rompre la série d'idées auxquelles j'attribuais aussi mes pollutions. Mais, d'autres fois, j'avais beau faire, elles changeaient d'objet sans être moins lubriques, car les femmes n'étaient pas le seul objet de mes rêves. Mon imagination était quelquefois obsédée des images les plus dégoûtantes, elle m'offrait dans des positions lascives des chiennes, des chèvres, etc., que j'avais eu l'occasion de remarquer pendant la veille ; je me rappelle même qu'ayant vu, un jour, deux mouches s'accoupler, ce fait se reproduisit la nuit embelli de tous les charmes de l'imagination et provoqua une évacuation abondante de sperme.

Cependant j'évitais avec le plus grand soin les livres et les images suceptibles de réveiller des idées érotiques. Je fuyais la présence des femmes, je me privais de l'équitation, de la voiture et de toute substance échauffante. Dans l'excès de mon désespoir, j'eus même recours à la *prière*, et je promis de *me convertir* si je guérissais.

Ce qui étonnait le plus ma famille, c'était le changement opéré dans mon caractère. J'étais devenu sombre et de mauvaise humeur : je me tenais toujours à l'ombre et le chapeau sur les yeux, *parce que le grand jour me faisait mal.* Je parlais peu, et malgré mes souffrances je ne me suis jamais plaint.

Comme personne ne connaissait les motifs qui me faisaient agir, on ne manquait pas de m'appeler *original*, hypochondriaque, misanthrope, etc. En effet, j'étais indifférent pour tous les plaisirs de mon âge, j'avais pris la société en aversion, *parce que je ne pouvais supporter la comparaison du bonheur des autres avec ma propre misère :* j'y étais mal à mon aise, parce que j'avais un besoin continuel de changer de position. Si je me voyais forcé d'y rester, c'était un supplice pour moi, et je ne soupirais qu'après le moment de retourner dans ma solitude.

En 1817, le siége de mes douleurs changea, mais je n'en devins pas plus heureux : mes maux de reins furent remplacés par des coliques sourdes et continuelles, surtout après mes repas. J'avais un appétit prodigieux qui s'accordait avec l'idée que je devais manger pour réparer mes pertes.

J'avais lu dans un livre de médecine que le lait, les œufs et les figues faisaient beaucoup de semence, et je me gorgeais

tous les matins de lait, d'œufs et de figues. J'avais lu que le bon vin était le remède souverain contre la faiblesse, et je ne manquais pas de boire chaque jour une grande quantité de vin pur. Aussi, après mes repas j'éprouvais des rapports acides qui me brûlaient le gosier, j'avais des coliques, des borborygmes ; mon ventre était ballonné de gaz *qui me forçaient encore à fuir la présence des hommes.*

J'eus toute l'année la diarrhée : lorsque j'allais à la selle, où je restais quelquefois une heure, j'éprouvais des ténesmes et des horripilations, des tremblements convulsifs passagers, dans les muscles des cuisses, des bras, et jusque dans l'orbiculaire des paupières.

Plusieurs fois il m'est arrivé de vouloir faire diète, ou diminuer la quantité de mes aliments ; mais je souffris tellement de la faim, qu'il me fut impossible de m'assujettir à ce régime.

Ayant lu un ouvrage sur les bons effets des bains froids, j'allai en prendre plusieurs dans la Loire. Mais ces immersions, même pendant la canicule, étaient suivies de coliques : un froid glacial me faisait frissonner toute la journée ; ma constitution était si affaiblie que la réaction ne pouvait s'établir.

Plus tard j'enfermai, en me couchant, mes organes génitaux dans une espèce de boîte de fer-blanc, fixée autour des reins par des courroies ; mais si j'évitai des frottements, j'éprouvai des compressions insupportables.

Ensuite, pour me réveiller au moment où j'aurais un rêve lascif, je liai ma verge dans l'état de relâchement avec mes testicules. La douleur causée par l'érection me réveillait en effet, mais elle me forçait à détacher les liens, et j'étais exposé au même accident ; il m'est même arrivé de le voir survenir dans le moment où je détachais le cordon, et par le fait même des mouvements que j'étais obligé d'exercer autour de la verge.

A la même époque, j'observai que la plénitude de ma vessie, le matin, me disposait aux pollutions. Je résolus de ne plus boire dans la soirée, privation d'autant plus pénible que j'étais horriblement altéré. J'urinai avant de me mettre au lit, et je plaçai à mon chevet une horloge à carillon afin de pouvoir me réveiller à volonté pour vider ma vessie. Ce moyen me fut utile, mais pour peu de temps.

Le jour, je portais un miroir sur moi : j'examinais mes yeux ternes et caves, mon teint plombé ; je comptais les rides de mon front et les saillies de mon squelette. Presque tous mes cheveux tombaient, et ceux qui restaient devenaient si douloureux au toucher, que je croyais avoir la *plique polonaise.*

J'allais jusqu'à flairer toutes les parties de mon corps qui étaient accessibles à mon odorat, et je leur trouvais une odeur cadavéreuse.

J'observais soigneusement mes urines et mes excréments. Je remarquai un jour qu'il s'était déposé un sédiment sablonneux au fond de mon vase de nuit. Je m'imaginai aussitôt qu'il devait s'en être formé autant dans ma vessie ; je me crus atteint de la pierre, et j'attribuai longtemps à cette cause toutes mes douleurs abdominales, ainsi que les *élancements* que j'éprouvais quelquefois *dans le canal de l'urètre.*

Je vis dans mes excréments *de petits vers*, je pensai qu'ils étaient de même nature que ceux qui vivent des débris de la mort ; je me trouvais si ressemblant à un cadavre, que leur présence anticipée ne m'étonna pas.

J'éprouvais habituellement au rectum de vives démangeaisons, que j'attribuais à une dartre rongeante. Le nez me démangeait aussi.

J'avais des palpitations continuelles qui me persuadèrent que j'avais un anévrisme du cœur.

Dégoûté de la vie, j'ai cherché plusieurs fois à me détruire ; mais toujours au moment de me porter le coup fatal, les forces m'ont abandonné.

Livré au plus affreux désespoir, ne sachant que devenir, voyant le bonheur dans les classes de la société inférieure à la mienne, je voulus y descendre, pour tâcher d'améliorer mon sort. J'annonçai à ma famille que je voulais apprendre l'état de menuisier. On y consentit, parce qu'on était déjà accoutumé à ce qu'on appelait mes *bizarreries*, on connaissait ma *brutale opiniâtreté.* En effet, je ne

tenais à rien sur la terre, et lorsque je voulais une chose, aucune considération humaine n'était capable de m'arrêter.

J'appris donc, pendant trois mois, à tourner et à manier le rabot. Ennuyé bientôt de ce genre de vie, je devins successivement charpentier, maçon, laboureur. Je vécus comme ces ouvriers; je me livrai à leurs travaux, dans l'espérance de devenir robuste comme eux. Mais je ne pus long-temps supporter ces rudes épreuves.

La mobilité de mon caractère était un problème pour toutes les personnes qui m'environnaient. Si les pollutions se ralentissaient pendant deux ou trois jours, je devenais moins sombre, plus sociable; les pollutions survenaient-elles, je retombais dans mon isolement. Elles avaient altéré le timbre et la force de ma voix : dès qu'elles diminuaient, ma voix reprenait son éclat et sa vigueur; alors je me plaisais à lire haut en famille; mais dès que les pollutions reparaissaient, j'étais forcé de renoncer à cet exercice, au grand étonnement des personnes qui avaient pris l'habitude de m'entendre, et que je ne pouvais pas mettre dans ma confidence.

En me baissant un jour pour ramasser quelque chose à terre, je sentis dans mon oreille gauche un craquement douloureux, suivi d'un tintement qui ne m'a plus quitté depuis cette époque. Il n'en fut pas de même des odontalgies presque continuelles auxquelles j'ai été exposé pendant plus de deux ans.

En vérité les expressions me manquent pour rendre toute l'horreur de ma situation. Mon sommeil, troublé par des rêves bizarres, effrayants, n'était point réparateur : je me levais tout disloqué et souffrant, comme si mes membres avaient été brisés à coups de bâton. Le matin mon accablement me portait à rester au lit; mais, si je cédais à ce charme trompeur, je ne tardais pas à m'en repentir. Lorsque j'avais eu trois ou quatre pollutions dans la même nuit, avec quelle douleur je voyais paraître le jour! J'aurais voulu être à dix pieds sous terre : la terreur dont mon imagination était frappée provoquait une sueur colliquative qui m'inondait; j'avais à peine la force de détacher les liens dont je m'étais garrotté la veille.

Combien de fois ne m'est-il pas arrivé dans ces jours lugubres de prendre des vivres à l'insu de tout le monde, et d'aller m'enfouir depuis le matin jusqu'au soir dans un réduit obscur! Là, je versais des larmes amères, et j'invoquais la mort. Si mes yeux me permettaient de lire, je portais avec moi *J.-J. Rousseau*, *les Nuits d'Young*, des *Elégies*, et en fait de médecine, des *Recueils d'autopsies*, pour lesquels j'avais une prédilection particulière.

En 1818, mes pollutions se sont ralenties pendant l'hiver. Je pris de l'embonpoint, et je me rapprochai peu à peu de la société, dont je m'étais éloigné si long-temps. On ne savait à quoi attribuer ce changement; mais il ne fut pas de longue durée. Au retour du printemps, je retombai dans mon premier état.

J'attribuai l'instant fugitif de bonheur dont j'avais joui, au bienfait d'un anneau de cuir, qui se fermait avec une agrafe, et s'attachait par deux cordons. Il y avait au dedans trois pointes en fer; ma verge n'étant pas en érection entrait facilement dans cet étui; mais, lorsqu'elle se tuméfiait, l'espace devenait trop circonscrit, elle pressait fortement contre les pointes, il en résultait une douleur qui me réveillait en sursaut. Aussitôt je détachais l'agrafe, et mes souffrances étaient calmées. Lorsque l'érection était passée, je replaçais l'anneau, et ainsi de suite.

Jusqu'alors je n'avais pas encore senti ma poitrine; mais, ayant un jour reçu une pluie d'orage, je fus saisi le lendemain d'une pleurésie intense, à la suite de laquelle je gardai, pendant plus de six mois une toux opiniâtre, avec une coloration partielle des pommettes, et une débilité telle, que je pouvais à peine quitter mon fauteuil. Pour cette fois je me crus phthisique, et j'espérai en finir bientôt. Mais je me remis un peu pendant l'hiver de 1819, et cette précieuse santé devint encore l'objet de mes plus vives sollicitudes.

Au printemps j'eus, comme l'année précédente, une recrudescence de pollu-

tions qui me jeta de nouveau dans l'état le plus déplorable.

En 1820, voyant qu'aucun moyen ne pouvait arrêter mon flux séminal, j'eus l'idée de recourir à la masturbation comme moyen médicateur. J'avais toujours quatre ou cinq pollutions au moins par semaine, quelquefois huit : je me dis « si je parviens à régler moi-même la marche de la nature, et à remplacer des pertes involontaires par d'autres beaucoup moins fréquentes, j'aurai un profit net. » Je pris en conséquence, par calcul, des habitudes dont j'avais horreur depuis cinq ans.

Ce moyen me réussit bien pendant quinze jours, mais je fus obligé de le suspendre comme tous les autres, lorsque l'habitude en eut détruit toute l'efficacité.

Je revins alors à mon dernier anneau, auquel je fis subir quelques modifications, parce que les pointes, tournées en dedans, m'avaient ulcéré tout le pourtour de la verge, à force de les changer de position.

J'essayai de nouveau les bains de rivière : ils me firent encore plus de mal que la première fois, parce que j'étais plus faible.

Ayant épuisé toutes les ressources que pouvait me suggérer mon imagination ; il ne me restait plus qu'à tenter les voyages. Je demandai à venir à Montpellier, parce que j'avais lu que ce climat était favorable aux poitrinaires ; mon père y consentit. L'espérance que je fondais sur ce déplacement me rendit assez de force pour faire la route à pied.

Avant de terminer, je dois ajouter que j'ai été souvent *menacé d'attaques d'apoplexie*, au point de perdre deux fois connaissance. Cependant les sangsues à l'anus ou au périnée m'ont toujours fait plus de mal que de bien.

« Peu de temps après son arrivée à Montpellier, M. D..., vint me consulter et m'intéressa vivement par le récit naïf et animé qu'il me fit de tout ce que sa mémoire pouvait lui rappeler.

» Je crus d'abord, comme lui, que ses pollutions nocturnes étaient le résultat d'une sensibilité extraordinaire des organes génitaux et de l'abus précoce qu'il en avait fait : mais, avant de rien entreprendre, je l'engageai à mettre par écrit toute son histoire, afin de ne rien oublier, et de me présenter les faits avec plus d'ordre. Quelque temps après il me remit le mémoire qu'on vient de lire, accompagné de dessins représentant les diverses machines dont il y est question.

» En le méditant, je fus frappé de l'existence dans les matières fécales de petits vers, que l'infortuné regardait comme la preuve d'une mort très-prochaine, j'examinai l'anus, et je n'y trouvai pas de traces de la dartre rongeante à laquelle il attribuait la vive irritation qu'il éprouvait au rectum : d'ailleurs, cette dartre n'eut pas expliqué la démangeaison du nez.

» Je pensai donc que ces pollutions pourraient bien être entretenues par la présence des ascarides, et je l'engageai à porter toute son attention sur cet objet : il me dit aussitôt qu'il rendait habituellement de ces petits vers, que plusieurs fois, poussé par la violence du prurit, il s'était gratté jusqu'au sang, et qu'en retirant son doigt de l'ouverture de l'anus, il avait rapporté, sous son ongle, un de ces ascarides vivant. C'était surtout vers dix heures du soir qu'il les sentait descendre vers la partie inférieure de l'intestin, et même s'engager entre les sphincters.

» Il avait d'ailleurs la bouche acide et rendait pendant la nuit une grande quantité de salive sur son oreiller, etc.

» De tous les moyens mis en usage chez ce malade, le mercure doux et les lavements froids sont ceux dont l'effet a été le plus prompt et le plus durable.

» M. D... prit d'abord ses lavements à une température de dix-huit à vingt degrés, puis à quinze et même à douze ou treize degrés du thermomètre de Réaumur. Son expérience lui apprit bientôt qu'il était plus avantageux de les prendre vers dix heures du soir, au moment où les ascarides descendaient vers l'anus, ce qu'il sentait au redoublement de sa démangeaison, c'était d'ailleurs l'instant de la journée où ils pouvaient avoir le plus d'influence sur les pollutions.

» Mais il vit aussi que, pour en obtenir

tout l'effet désirable, il devait introduire dans l'intestin une grande quantité d'eau froide, afin de la faire remonter le plus haut possible et de la rendre ensuite avec impétuosité, pour entraîner rapidement les ascarides les plus éloignés, au moment où ils étaient engourdis. En conséquence, il prit peu à peu l'habitude de retenir jusqu'à trois ou quatre de ces lavements froids, et de les rendre ensuite tout d'un coup. Il entraînait ainsi des quantités énormes d'ascarides, morts ou engourdis, et cela pendant plusieurs jours de suite.

» Les vermifuges, en lavement ou par la bouche, furent moins efficaces; ils présentèrent d'ailleurs des inconvénients, ainsi que différents purgatifs..

» Peu après l'usage de ces divers moyens les pollutions diminuèrent très-rapidement et d'une manière durable; tous les accidents qui en étaient la conséquence disparurent; la vigueur et l'embonpoint revinrent avec une promptitude incroyable. Mais les pollutions ne disparurent complétement que par l'usage des femmes et sous l'influence des bains froids et de la gymnastique.

» On a vu qu'à deux reprises le malade avait été forcé d'abandonner les bains de rivière parce qu'il ne pouvait plus se réchauffer en sortant de l'eau, même dans les plus grandes chaleurs de la canicule. A peine sa constitution eut-elle repris quelque vigueur qu'il se trouva très-bien des bains froids; c'est même ce qui a le plus contribué à son rétablissement, après l'expulsion des ascarides: il en prenait même pendant l'hiver avec un grand avantage.

» La marche aussi lui fit grand bien: c'est probablement une des raisons qui entraînèrent M. D... vers l'étude des sciences naturelles, qui donnaient un but à ses excursions. Après avoir terminé avec distinction ses études médicales, M. D..., entreprit de longs et périlleux voyages, qu'il fit tourner au profit des sciences. Ses travaux portent l'empreinte d'un esprit observateur et d'une haute portée; ils ont toujours été favorablement accueillis de l'Institut.

» Ainsi depuis quinze ans M. D.... est parfaitement rétabli. » (Lallemand, *Des pertes séminales involontaires*, t. I, p. 290.)

b. *Pollutions diurnes*. Le plus souvent les pertes séminales diurnes ont lieu pendant l'évacuation des fèces ou des urines, et alors elles se font sans érection et sans plaisir, et Wichmann a eu raison, selon nous, d'insister sur ces deux points, bien qu'ainsi que le fait observer M. Lallemand ces deux caractères appartiennent aussi quelquefois aux pollutions nocturnes, et que cette absence de phénomènes d'excitation puisse manquer, quoique bien rarement, dans les pertes diurnes.

1° Les pertes qui ont lieu dans la défécation résultent de la compression des vésicules séminales et, dans d'autres cas, de ce que le mouvement de contraction se propage, par *consensus*, du rectum au réservoir de la semence.

Ces pertes que provoquent l'équitation, les voyages en voiture, une attitude assise prolongée, etc., n'ont dans le commencement rien de bien nuisible; ce n'est que par leur répétition et leur fréquence qu'elles prennent un caractère morbide, qu'elles passent à l'état de maladie.

Celles qui sont occasionnées par les hémorrhoïdes arrivent dans la période fluxionnaire.

Ces pertes ont ordinairement lieu pendant la défécation et surtout dans la fin des efforts qu'elle nécessite. Mais elles ne se font à ce moment que lorsqu'elles sont l'effet mécanique de la compression des vésicules séminales. Il peut n'en être plus ainsi quand elles dépendent du *consensus* dont il a été question. Souvent alors elles se manifestent quand tout est terminé et même pendant le rajustement des vêtements. Les malades éprouvent une secousse convulsive, brusque entre le périnée et le col de la vessie, c'est-à-dire dans les vésicules séminales. Le phénomène s'accompagne quelquefois d'un commencement d'érection et d'un certain plaisir, au point que le sperme peut être, par une véritable éjaculation, lancé à distance.

Le sperme est d'abord rendu assez abondamment pour ne pouvoir pas être méconnu. Plus tard, quand il est expulsé en petite quantité et qu'il a perdu sa consistance pour devenir aqueux, il peut s'échapper à l'insu du malade. Mais,

nous le disons par anticipation, le médecin doit fixer sur ce point l'attention du sujet et, une fois l'évacuation constatée, en apprécier lui-même la nature par les procédés que nous exposerons en traitant du diagnostic des pertes séminales involontaires, sur lequel nous insisterons en raison de son importance.

Le sperme ne se mêle jamais aux urines dans le commencement de leur émission ; il ne sort qu'avec leurs dernières gouttes, au moment où la vessie achève de se débarrasser par quelques contractions énergiques ; il arrive qu'il soit rendu tout à fait seul, après l'évacuation du réservoir urinaire. Voici un fait qui représente bien l'état des choses :

Obs. 18. « Un capitaine de vaisseau tombe à la mer d'où il n'est retiré qu'au bout de trois quarts d'heure. Il en résulte une cystite chronique et une altération rapide de la santé. Les besoins d'uriner étaient rapprochés, et après les dernières contractions de la vessie une légère douleur se faisait sentir au périnée, accompagnée de quelques élancements ; il y avait une érection incomplète et trois ou quatre secousses convulsives amenaient autant de jets d'une matière épaisse et blanchâtre, qui fut prise pour du mucus sécrété par la vessie enflammée. Toutes les fonctions se troublèrent en peu de temps ; perte de la mémoire, affaiblissement de l'intelligence, affaissement physique et moral. Cet état s'empira tellement pendant quatre ans, malgré tous les traitements, que le malade fut plusieurs fois sur le point d'y mettre fin par le suicide. A cette époque le professeur Lallemand reconnut d'emblée que l'humeur morbide qui s'échappait par l'urètre était du sperme ; une seule goutte de ce liquide lui offrit une énorme quantité de zoospermes. Une cautérisation du col vésical fit cesser le spasme des vésicules et ramena la santé. » (Voy. Lallemand, *loc. cit.*, t. II, p. 348.)

La contraction des vésicules séminales étant dans ces cas la conséquence de celle de la vessie, on conçoit que tout ce qui provoque la seconde amène la première, surtout quand le phénomène est un peu prononcé. C'est ce qui arrive, par exemple, à certains malades dans les bains froids qui leur sont prescrits. Dans le commencement il est très-facile de distinguer dans un bain le sperme qui s'échappe avec les dernières gouttes d'urine, parce qu'il a encore beaucoup d'opacité, et qu'il contient une foule de flocons et de granulations, qui se disputent dans le liquide en tourbillonnant dans tous les sens. Lorsque le mal est plus avancé et que le sperme est davantage altéré, on le reconnaît encore à sa densité plus grande que celle des dernières gouttes d'urine qui le précèdent ; au ruban qui dessine son trajet dans l'eau comme une traînée de sirop qu'on y verserait en filet. Il est rare d'ailleurs que l'altération du sperme soit poussée assez loin pour obliger de recourir à ces caractères.

« C'est dans les dernières gouttes d'urine expulsées par la vessie qu'il faut chercher les traces de la liqueur séminale : ce sont elles qui sont épaisses, gluantes, visqueuses, et qui s'arrêtent quelquefois à l'ouverture du gland comme des grumeaux caillebottés, d'une consistance qui peut égaler celle de l'amidon ; ce sont elles seulement qui laissent sur la chemise des empreintes semblables à celles de l'empois. J'ai fait voir que cette matière qui reste dans le canal, ne peut provenir que des vésicules séminales, puisque le fluide prostatique, le mucus urétral ou vésical sont toujours expulsés dès les premiers jets de l'urine. Les malades reconnaissent facilement eux-mêmes, à la consistance particulière de ces dernières gouttes, à leur onctuosité entre les doigts, qu'ils viennent d'avoir une pollution diurne.

» Je dois dire encore quelques mots des urines qui contiennent du sperme, parce que sa présence est quelquefois facile à constater au premier aspect.

» Dans les cas récents, on voit rouler au fond du vase de petites granulations de volume variable, demi-transparentes, irrégulièrement sphériques, assez semblables à des grains de semoule. On ne peut confondre ces granulations avec aucun sel urinaire, parce qu'elles se montrent avant le refroidissement, parce qu'elles sont molles et n'adhèrent jamais

aux parois du vase ; d'un autre côté, l'urètre, la prostate, la vessie, les reins ne peuvent fournir des granulations semblables, surtout avec des urines transparentes. Ces granulations viennent donc des vésicules séminales, comme je le démontrerai plus tard d'une manière directe : elles peuvent, par conséquent, être regardées comme des signes certains de pollutions diurnes.

» Au reste, ces malades sont avertis du passage de ce sperme encore consistant par un frôlement particulier qui provient de la densité inaccoutumée de l'urine : ils distinguent également les contractions spasmodiques des vésicules séminales qui produisent si souvent ces pollutions diurnes. Aussi ne s'y trompent-ils guère, même pendant la nuit. » (Lallemand, *Des pertes séminales involontaires*, t. II, p. 353.)

Les pertes séminales qui sont provoquées par l'évacuation de la vessie n'ont pas lieu chaque fois que le malade urine. Il faut, en général, qu'au moment où la vessie se vide, les organes génitaux aient reçu une excitation quelconque ; en sorte qu'alors la pollution n'est pas entièrement passive.

Chez d'autres malades les pertes s'accompagnent de phénomènes bien différents : au lieu d'une turgescence de la verge, comme souvent dans le cas précédent, cet organe se rapetisse et se retire vers le pubis par suite d'une douleur qui s'étend du col vésical jusqu'au gland. Il semble que ce soit l'arrivée des urines sur un point irrité du canal qui provoque ces contractions spasmodiques, que partagent bientôt les vésicules séminales.

Les pollutions s'annoncent quelquefois par d'autres sensations ; tantôt c'est un battement, une douleur au périnée ou à la marge de l'anus ; tantôt c'est un frisson, un malaise général ; d'autres fois, c'est une souffrance particulière et éloignée comme des picotements dans le mamelon, etc. Les malades qui ont reconnu ces symptômes précurseurs sont bien sûrs, quand ils les ont éprouvés, de trouver la matière séminale sous la forme d'un dépôt floconneux au fond de leur vase de nuit.

Il arrive que, par les progrès de l'affection, le passage du sperme n'est plus apprécié par les malades et que les urines ne laissent plus déposer de granulations assez considérables pour se rassembler au fond du vase en une couche caractéristique ; mais la matière spermatique y manifeste sa présence par un nuage épais, blanchâtre, homogène et parsemé de petits points brillants qui gagnent les couches inférieures et qu'on a comparés avec raison au dépôt qui se forme dans une décoction d'orge ou de riz un peu concentrée, ou à une crème d'avoine épaisse (Wichmann, page 40). Suivant M. Lallemand, ce qui dans ce nuage et dans ce dépôt annonce la présence du sperme altéré ce sont les granulations brillantes.

Pour bien apprécier ces caractères un peu fugitifs, il importe de recueillir chaque émission de l'urine dans un vase séparé ; car le fluide séminal n'est pas rendu dans la même proportion à toutes les époques de la journée ; c'est ordinairement le matin, surtout quand la nuit a été mauvaise, que les urines en sont le plus chargées ; d'autres fois, c'est après une excitation physique ou morale des organes génitaux, un refroidissement brusque, une digestion laborieuse, une émotion vive.

Souvent les urines restent parfaitement transparentes pendant tout un jour, plusieurs jours même, et les malades éprouvent un bien-être qui répond à cette amélioration de l'état des urines.

L'état des urines est, comme on le voit, la mesure de celui des vésicules séminales. Il est inutile d'ajouter qu'il convient de les recueillir dans des vases parfaitement transparents ; le fond du vase doit être plat, afin qu'on puisse examiner le dépôt par cette face.

Le troisième ordre des pollutions diurnes comprend toutes celles qui sont indépendantes de la défécation et de la miction. Elles reconnaissent des causes variées qui se résument pour la plupart dans une excitation plus ou moins vive portée sur les organes génitaux. L'équitation ou un voyage en voiture sont de

ce nombre. Voici comment, sous cette dernière influence, les pertes se reproduisaient chez un sujet observé par Frank et sur lequel nous aurons occasion de revenir. Il s'agit d'un jeune homme qui fut guéri d'une maladie grave par trois pollutions nocturnes abondantes ; dans la suite il resta sujet à ces évacuations, qui alternèrent avec d'autres coïncidant avec la fin de l'émission des urines. Ces dernières pertes devinrent si considérables qu'elles formaient quelquefois au fond du vase un dépôt de deux centimètres d'épaisseur.

« Nous aurions toujours cru, d'après les auteurs, ajoute Frank, que ce fluide blanc, très-semblable à la semence, était fourni par la prostate ; mais un jour que nous nous trouvions ensemble dans une voiture, comme nous allions rapidement sur un chemin pierreux et que nous étions rudement secoués, tout à coup, au milieu de la conversation, sans aucune idée lascive, il nous avertit qu'il sentait couler involontairement son *urine*. Mais le liquide qui s'était échappé nous présenta évidemment l'odeur, la couleur, la consistance de la liqueur séminale. » (Frank, *De gonorrhea*, t. III, p. 248.)

Henri Van-Heers a vu un malade chez qui la susceptibilité de la verge était telle que le simple contact de la chemise amenait des pertes. C'était un jeune lord marié depuis deux ans avec une femme de seize. Le malade avoua à son médecin qu'il n'avait pu parvenir à rompre la membrane hymen, parce que le simple contact des lèvres suffisait pour provoquer l'éjaculation d'une matière aqueuse comme du petit-lait. Van-Heers lui trouvant d'ailleurs toute l'apparence de la santé, attribua l'émission trop prompte du sperme à une ulcération du rectum dirigée du côté de la prostate, ainsi qu'il l'avait déjà observé en Italie. L'événement confirma ce diagnostic. L'ulcération fut reconnue au toucher par un autre praticien, et elle fut suivie de fistule l'année suivante. (V. Van-Heers, *Obs. med.*, etc. Leipsick, 1645, obs. 10.)

On possède des cas où la pollution se faisait par le seul fait d'une vive impatience. Le docteur Sainte-Marie et M. Lallemand ont rencontré chacun plusieurs faits de ce genre.

Voici l'un des plus remarquables :

Obs. 19. « Un jeune homme de cette ville, célibataire, studieux, observant par piété une sévère continence, maigre, sensible, irritable, ayant les organes générateurs bien conformés, mais susceptibles des plus légères impressions, est sujet à perdre sa semence toutes les fois qu'il éprouve une violente impatience. Le sperme s'échappe alors vivement comme dans l'acte du plaisir, avec un chatouillement agréable et un léger gonflement de la verge que l'on peut regarder comme une érection commencée. Cette éjaculation est toujours accompagnée de mouvements convulsifs, et laisse après elle une grande faiblesse. Le malade m'a raconté qu'il éprouva pour la première fois cette incommodité étant au collége, dans la classe de rhétorique, un jour de composition pour les prix, après avoir cherché inutilement pendant un quart d'heure un mot, un seul mot dont il avait besoin pour terminer son travail. Pressé par l'heure où son devoir devait être remis au régent, et ne pouvant trouver ce qu'il cherchait, il fut saisi d'une si vive impatience, que la semence s'échappa avec les circonstances que j'ai décrites ci-dessus. C'était aussi pour la première fois de sa vie qu'il perdait de la semence. Aucun remède n'a été essayé ; le malade se borna à éviter les causes qui peuvent renouveler l'accident, et par ces précautions il se garantit de ces pollutions diurnes pendant des mois entiers. Cette maladie ressemble un peu à ce qui arrive aux épileptiques et à certaines femmes pendant les paroxysmes hystériques. La sensibilité extrême des nerfs et la prédominance d'activité des organes générateurs sur tous les autres centres sensitifs expliquent assez bien, pour ce malade, comment une cause excitante qui ébranle tout le système nerveux va plus particulièrement retentir dans ces organes à la fois plus faibles et plus irritables que les autres. » (Sainte-Marie, *Préface de la traduction de Wichmann*, p. 22.)

« J'ai vu, dit M. Lallemand, d'autres malades qui avaient des pollutions diur-

nes dans l'état de repos le plus parfait, sans aucune provocation physique ou morale. Lorsqu'ils étaient, par exemple, assis à leur bureau, occupés des sujets les plus sérieux, ils éprouvaient tout à coup une sensation pénible, quelquefois un élancement subit dans la profondeur du périnée, puis des contractions spasmodiques brusques, répétées, qui finissaient ordinairement par une évacuation que rien ne pouvait empêcher. Ils parvenaient quelquefois à faire cesser cette sensation en se levant brusquement, en se pinçant la peau, etc.; mais la catastrophe s'achevait à la première émission des urines. Plusieurs fois j'ai cru que ces symptômes étaient dus à la présence des ascarides dans le rectum; mais le plus souvent je n'ai pu les attribuer qu'à une disposition spasmodique des vésicules séminales, à une irritation particulière des nerfs distribués à ces parties. » (Lallemand, *Des pertes séminales involontaires*, t. II, p. 365.)

C'est là ce que Sainte-Marie appelle l'épilepsie des vésicules séminales, expression qui nous paraît bonne.

Après avoir exposé séparément les symptômes locaux proprement dits qui appartiennent aux pollutions nocturnes et diurnes, c'est-à-dire le mode et les circonstances de leur production, nous allons passer à un symptôme qui est commun aux deux espèces : l'impuissance.

L'impuissance est un des symptômes les plus caractéristiques des pertes séminales involontaires. Elle varie comme les malades et comme les degrés de la maladie. Comme les malades, en ce sens, que quelques-uns n'ont jamais d'érections complètes, qu'elles n'arrivent chez d'autres qu'accidentellement, par exemple, au moment du réveil, quand la vessie et le rectum sont distendus; encore ces érections n'atteignent-elles pas la même énergie lorsque les sujets sont en rapport avec une femme. Enfin il y a des malades dont les organes sont sensibles au point que, comme nous l'avons vu, l'émission spermatique se fait au moindre contact, à l'état de demi-érection.

« Dans ce dernier cas, le moins grave et le plus commun de tous, il y a encore *impuissance*, quoique l'intromission soit possible, puisque la fécondation ne peut être le résultat d'un acte aussi précipité, dans lequel la liqueur fécondante ne saurait atteindre le col de l'utérus. Ici l'impuissance ne fait que commencer; elle est aussi peu prononcée que possible; cependant, quand elle dure depuis quelque temps, on peut être sûr qu'elle est déjà due à des pertes séminales involontaires. Celles qui ont lieu pendant l'émission des urines et des matières fécales peuvent seules être complétement ignorées de celui qui les éprouve. Ainsi, quand un malade se plaint d'une diminution notable et permanente dans l'énergie de ses fonctions génitales, sans cause apparente, on peut être convaincu qu'il a des pollutions diurnes.

» Dans tous les cas de pollutions nocturnes ou diurnes que j'ai rapportés, le premier symptôme qui a décelé le commencement de la maladie a toujours été une diminution notable dans l'énergie et la durée des érections; tandis que l'éjaculation devenait au contraire plus facile. On a vu que, par la suite, les évacuations devenant encore plus précipitées, tout à fait involontaires, les tissus érectiles cessent complétement de répondre aux sollicitations les plus directes, les plus variées; quelquefois même alors le sang paraît s'en retirer, au lieu d'y affluer; car la verge est plus rétractée que dans l'état ordinaire de repos. Le simple rapprochement de ces deux ordres de phénomènes suffit pour expliquer leur connexion et leur marche en sens inverse. Plus les évacuations sont répétées, moins les zoospermes sont développés et vivaces, moins ils influent sur les vésicules séminales; il arrive même une époque où le sperme n'en contient plus que des ébauches. « (Lallemand, *Des pertes séminales involontaires*, t. II, p. 381.)

On rencontre d'autres cas où, malgré l'absence absolue de la sensibilité des organes génitaux, il y a non-seulement possibilité des érections mais priapisme avec impossibilité de l'éjaculation. Nous avons emprunté un fait de ce genre

à M. Lallemand, et les journaux de médecine en renferment beaucoup de semblables.

Ainsi précédemment il y avait impuissance parce que l'action était nulle ou l'éjaculation trop prompte ; ici il y a encore impuissance, mais avec des conditions opposées, priapisme continuel et émission nulle.

Un fait qui rentre dans le premier ordre de ceux que nous avons examinés est celui où les pertes résultent de l'irritation du gland par la matière sébacée. Alors, à mesure que la sensibilité augmente, les érections diminuent, et c'est lorsque la sensibilité du gland est le plus exaltée qu'elles cessent entièrement. Ce qui revient à dire que c'est bien moins l'état des organes extérieurs que celui des intérieurs qui gouverne l'évolution complète de l'éjaculation normale. La présence d'un sperme convenablement élaboré dans les vésicules peut être la condition fondamentale de l'accomplissement régulier de la fonction.

Rapportons maintenant un exemple d'impuissance, d'après Sainte-Marie, consécutive à des pertes séminales involontaires.

Obs. 20. « Un gentilhomme d'une province voisine, âgé de 24 ans, et l'un des plus beaux hommes que j'aie vus, pour échapper à la conscription qui l'atteignait, s'enferma dans un château isolé, sous la garde d'un vieux domestique qui avait la confiance de sa famille. Là, pour tromper l'ennui de sa solitude, il se livrait avec fureur à la masturbation. Après trois ans de cette réclusion forcée et de ces dangereux excès, il reparut dans le monde avec un visage pâle, défait, souffrant, et une maigreur que l'on attribuait à l'isolement extrême dans lequel il avait vécu. On s'empressa de le marier pour le dédommager, par un établissement agréable et avantageux, du long ennui qu'il avait souffert. Mais ses forces le trahirent dès la première nuit de ses noces ; il se leva le lendemain plein de honte et de confusion, n'ayant pu, comme dit Montaigne, *estrenner la couche nuptiale*. Il en conçut un mépris de lui-même, qui bientôt dégénéra en un sombre et profond désespoir. Un jour, au sortir de table, il avala une assez forte dose d'arsenic ; mais le poison fut rejeté l'instant d'après avec les aliments qu'il avait pris. Il vint alors à Lyon pour y chercher une mort qu'il croyait plus digne de sa naissance et de son rang. Il s'attacha pendant quelques jours aux pas d'un fameux spadassin, la terreur des maîtres d'armes, et trouva le moyen de l'insulter, n'ayant d'autre but que de perdre, l'épée à la main, une vie qui lui était devenue odieuse. Le sort des armes en décida autrement ; quoique faible et languissant, il blessa son adversaire, et ce léger avantage changea tout à coup ses résolutions ; il comprit que la vie n'est pas toute composée de défaites et d'humiliations ; il désira de vivre, et c'est dans ces dispositions d'esprit, plus favorables au succès d'un traitement, qu'il vint me consulter. L'impuissance qu'il accusait ne me parut que la moindre chose dans son état ; je découvris facilement qu'elle n'était que le symptôme d'une consomption dorsale bien commencée. Je lui ordonnai la glace pilée mêlée avec un peu de sucre, dont il prenait un verre de table plein trois ou quatre fois par jour. En outre, on douchait les lombes et la région sacrée, le matin et le soir, avec de l'eau frappée de glace, nitrée et vinaigrée, versée à la hauteur de huit pieds. Le régime se composait d'un potage au lait, fait avec la fécule de pomme de terre ou de riz, et que l'on réitérait aussi souvent que les besoins de l'estomac pouvaient l'exiger. On ajoutait à chaque potage trois ou quatre cuillerées de chocolat cuit à l'eau. Après trois mois de ce traitement le malade offrait les signes les moins équivoques d'une santé parfaitement rétablie ; il quitta Lyon, alla rejoindre sa famille, qu'une si longue absence avait plongée dans les plus vives inquiétudes, et j'apprends en ce moment (mars 1817) qu'il est le plus heureux des époux, et que sa femme, depuis sa guérison, l'a rendu trois fois père. » (Wichman, *l. cit.*, note du traducteur, p. 91.)

Cette observation, intéressante à beaucoup d'égards, offre une lacune grave, puisqu'elle porte sur les détails les plus importants du fait. En effet, l'auteur, au lieu de décrire soigneusement les pollu-

tions involontaires se contente de dire qu'il s'assura de leur existence, qui reste ainsi un peu douteuse pour un observateur plus sévère. Sainte-Marie, dira-t-on, savait reconnaître la spermatorrhée, puisqu'il insiste sur le diagnostic de cette affection en homme au courant de son sujet. Il n'en est pas moins vrai que l'omission que nous venons de signaler ôte au fait une partie considérable de sa valeur, et c'est d'autant plus regrettable que la question est délicate et qu'on a reproché aux observations de ce genre de manquer de rigueur et de n'arriver au diagnostic que par induction. Si l'onanisme poussé à l'extrême peut amener l'impuissance, sans l'intervention de la spermatorrhée, l'auteur ne devait-il pas établir l'existence de cette dernière à l'aide des éléments qui avaient fait passer la conviction dans son esprit? Sans cela, n'est-il pas permis de croire qu'il a pu se tromper, et la masturbation seule ne peut-elle pas être ici accusée d'avoir amené l'impuissance. Cette critique, que nous ne répéterons pas, le lecteur pourra malheureusement l'appliquer souvent.

Nous devons rapprocher de l'impuissance un autre symptôme local qui y tient effectivement de très-près : l'infécondité. En effet, si l'altération du sperme ne précédait pas l'impuissance, la liqueur séminale lancée au museau de tanche dans un coït régulier pourrait produire la fécondation. Mais l'érection permet encore le rapprochement des sexes que déjà le sperme a cessé d'être convenablement élaboré pour le rôle auquel il était destiné.

En un mot, la spermatorrhée entraîne l'abolition de la virilité, d'abord en altérant le sperme, ensuite en rendant impossible son introduction dans les organes de la femme : elle occasionne donc l'infécondité et l'impuissance.

Mais il y a dans le cours de la maladie des améliorations passagères qui révèlent la puissance virile; et un sperme normalement constitué peut produire la fécondation. C'est ainsi qu'on explique comment des tabescents ont eu pendant leur affection morbide des enfants parfaitement ressemblants. Il est en effet peu de maladies qui offrent dans leur marche plus de variations que la spermatorrhée.

Symptômes généraux des pollutions. Pour étudier d'une manière satisfaisante les symptômes généraux des pertes séminales involontaires, on ne saurait procéder avec plus d'ordre qu'en examinant successivement l'influence de la maladie sur les divers systèmes de l'économie. La nature du sujet rend cette marche nécessaire.

a. *Système circulatoire.* Les auteurs ne sont pas d'accord sur l'existence de la fièvre dans la spermatorrhée. Dans le passage qu'il consacre à la consomption dorsale et que nous avons déjà cité, Hippocrate dit que les malades sont sans fièvre. Il n'admet la fièvre que dans le cas d'une maladie accidentelle qui vient terminer d'une manière funeste la spermatorrhée. Le professeur Lallemand partage l'opinion du père de la médecine. Sainte-Marie (Wichmann, *loc. cit.*, p. 7) parle de fièvres lentes-nerveuses causées et entretenues par la spermatorrhée. Le docteur Deslandes soutient également l'existence de la fièvre, et voici comment il s'exprime à cet égard :

« Beaucoup d'auteurs ont répété d'après Hippocrate, que les individus affectés de consomption par suite d'excès vénériens, n'ont pas de fièvre; c'est une erreur, ils meurent alors, ainsi que je l'ai dit, dans un véritable état de fièvre hectique. » (Deslandes, *De l'onanisme et des autres excès vénériens.*)

Ne serait-il pas bien possible qu'une partie de la vérité se trouvât des deux côtés? Lorsque les phénomènes d'irritation du côté des vésicules ne sont pas très-prononcés nous concevons l'absence de la fièvre, comme dans la blennorrhée; mais s'ils acquièrent un haut degré d'intensité, s'il y a une véritable *spermatocystite*, une inflammation des vésicules séminales, le développement de la fièvre n'en semble-t-il pas la conséquence presque inévitable? Quoi qu'il en soit, nous avons exposé l'état de la science sur ce point.

Les palpitations s'observent très-fréquemment et peuvent avoir, ici comme ailleurs, une influence funeste sur le développement de ces maladies orga-

niques du cœur. Le docteur Deslandes a fortement insisté sur ce point qui ne paraît pas démontré à M. Lallemand. Cet auteur nie même très-formellement que ces palpitations causent l'hypertrophie du cœur (t. III, p. 56). MM. Fournier et Bégin (*Dictionn. des sciences médicales*, article *Masturbation*) pensent comme le docteur Deslandes. C'est à l'expérience clinique qu'il appartient de juger cette divergence d'opinion.

b. *Système respiratoire.* « Les malades sont essoufflés, dit Hippocrate, lorsqu'ils marchent ou qu'ils courent, surtout en montant ; ils éprouvent alors de la faiblesse, de la pesanteur dans la tête et des sifflements dans les oreilles. »

Les malades soupirent souvent, s'enrhument avec une grande facilité, et, suivant le docteur Deslandes (pag. 250), ils sont exposés à l'asthme nerveux.

Une question importante à résoudre est celle de savoir si la spermatorrhée cause la phthisie pulmonaire. Malgré les contestations qui se sont élevées à cet égard, nous croyons que le doute n'est pas permis. Les pertes séminales involontaires sont une cause trop puissante d'affaiblissement général pour ne pas favoriser le développement des tubercules du poumon. D'un autre côté, comme la phthisie porte l'excitation sur les organes génitaux, ces deux maladies, la spermatorrhée et la phthisie, se produisent ou s'aggravent réciproquement.

c. *Système digestif.* Sous ce rapport, comme sous beaucoup d'autres, Hippocrate a parfaitement peint d'un seul trait l'état des malades : ἐσθιάν ἀγαθοί καὶ τήκονται, ils mangent bien et ils dépérissent. Effectivement le besoin de réparer les pertes donne aux malades un très-grand appétit, et le renouvellement de ces pertes les empêche de profiter d'une abondante alimentation, et *ils dépérissent.*

Une autre circonstance encore qui sert à expliquer le peu de parti que l'économie retire d'une nourriture substantielle, c'est le trouble fréquent des digestions : le repas n'est pas suivi de ce bien-être qui en est la conséquence ordinaire ; il se manifeste bientôt de la pesanteur au creux de l'estomac et elle s'étend au reste de la cavité abdominale en causant soit un malaise, soit une inquiétude qui porte les malades au mouvement, à changer de place ; le pouls s'agite, la face s'injecte, etc., et une espèce d'engourdissement général succède à cette excitation passagère ; des gaz se développent dans l'appareil digestif, et les contractions péristaltiques et antipéristaltiques de l'intestin en les brassant avec les liquides produisent des gargouillements désagréables, ainsi que d'incessants renvois, toutes choses qui concourent à faire fuir aux malades la société qui avait déjà peu d'attrait pour eux.

Cet état de souffrance peut encore s'accroître de coliques venteuses, qui reviennent par attaques quelquefois assez violentes pour simuler presque un étranglement interne. Il y a dans les premiers temps des alternatives de diarrhée et de constipation ; mais lorsque la maladie est ancienne, la constipation prédomine et vient ainsi ajouter à une spermatorrhée qui pouvait d'abord avoir une autre origine.

En général les tabescents sont amaigris, languissants ; mais il n'en est pas toujours ainsi : il est des malades chez qui la constitution résiste presque sans s'en apercevoir à une affection qui épuise et fait dépérir la plupart de ceux qu'elle atteint.

Ceux qui n'ont point ce privilége et subissent la loi générale, deviennent, par suite de l'affaiblissement de la nutrition, plus sensibles au froid et perdent souvent leur chaleur.

On peut rattacher encore à l'épuisement de l'organisme l'affaiblissement de la voix, son timbre grêle et parfois comme efféminé. Il y a surtout une remarquable hésitation dans la parole. La conscience qu'a le sujet de sa décadence fait passer sa timidité dans sa voix comme dans ses actes, tout porte l'empreinte énervante de la maladie.

d. *Système nerveux.* Les altérations du système nerveux portent sur le mouvement, la sensibilité et l'intelligence :

1° *Mouvement.* La motilité est compromise dans la spermatorrhée ; elle l'est primitivement, c'est-à-dire qu'elle dimi-

nue par le seul fait de l'influence nerveuse, avant qu'on n'en ait sensiblement souffert, et même quand elle offre un développement considérable. Chez ceux même qui sont amaigris, l'affaiblissement des forces va ordinairement plus loin que s'il ne résultait que de la diminution matérielle des muscles. Enfin, on a quelquefois vu la paralysie incomplète des aliénés, ainsi que nous le rappellerons plus loin.

Dans le cas suivant, qui est en même temps un exemple de plusieurs autres désordres exposés dans ce chapitre, il y avait seulement un peu de faiblesse dans les membres inférieurs.

Obs. 21. *Masturbation, excès de coït : sept blennorrhagies, etc. Cystite chronique, pollutions diurnes simulant une gastrite chronique, etc. Cautérisation de la vessie et de la portion prostatique du canal : guérison prompte.*

» M. H..., cordonnier, âgé de 29 ans, vint me consulter pour une gastrite chronique qui avait résisté depuis huit mois à tous les traitements. Sa figure était livide et décharnée, sa voix faible et grêle, son air timide, embarrassé, comme suppliant. Il éprouvait de vives douleurs à l'épigastre, des coliques, etc., mais sa langue était pâle ; je reconnus bientôt que tous ces symptômes étaient dus à des pollutions diurnes, dont l'existence avait été complétement méconnue.

» M. H..., d'un tempérament nerveux, avait contracté, dès l'âge de onze ans, la funeste habitude de l'onanisme, et n'y avait complétement renoncé que depuis deux années. De douze à quinze ans il s'y était livré cinq à six fois par jour, et sa fureur était même portée si loin qu'il s'y abandonnait en sortant des bras de sa maîtresse.

» A quinze ans blennorrhagie accompagnée de chancres, et bientôt après d'une dartre à la jambe gauche et d'une suppuration assez abondante par l'oreille du même côté. Traitement par le muriate d'or, disparition des symptômes syphilitiques, persistance de l'écoulement urétral pendant quinze mois.

» A dix-sept ans, nouvelle blennorrhagie, nouveaux chancres, pustules à l'anus, nouveau traitement par le muriate d'or. Guérison au bout de quatre mois.

» A dix-huit ans, septième blennorrhagie tellement violente qu'elle occasionne une rétention d'urine complète.

» A vingt-sept ans, M. H..., se maria et se livra au coït pendant neuf mois trois ou quatre fois par jour. A partir de cette époque, les désirs vénériens devinrent moins vifs ; la verge entrait moins facilement en érection, le sperme s'échappait avant qu'elle fût complète, et quelquefois même, pendant la nuit, sans que le malade en eut la conscience ; le sommeil, loin de réparer ses forces, semblait les diminuer ; le matin il s'arrachait avec peine de son lit, éprouvait des bâillements, des pandiculations, de la faiblesse dans les membres inférieurs.

» Quoiqu'il eût conservé assez d'appétit, ses digestions se faisaient mal, avec lenteur, et produisaient beaucoup de gaz ; les aliments rejetés par les selles, étaient peu altérés et très-fétides. Le besoin d'uriner se reproduisait très-souvent, d'une manière vive, irrésistible ; l'évacuation de la vessie avait lieu par un jet faible, court, embarrassé. L'urine, rendue en petite quantité chaque fois, causait dans le canal une cuisson désagréable ; elle était d'un rouge briqueté, déposait bientôt un sédiment épais et bourbeux, se décomposait très-promptement et prenait une odeur de chairs pourries.

» Son visage, autrefois coloré, devint pâle ; sa gaieté habituelle fut remplacée par une profonde tristesse. La paresse et l'incurie succédèrent à l'activité, au besoin d'occupation.

» Alarmé de ces changements, le malade consulta un médecin, qui crut reconnaître une gastrite chronique et ordonna des sangsues à l'épigastre, la pommade émétisée, un régime doux, lacté, et l'abstinence du coït. Sous l'influence de ce traitement, les symptômes gastriques éprouvèrent quelque amendement ; mais le malade se plaignit de douleurs à la poitrine (vésicatoire au bras, flanelle sur la peau).

» Les douleurs abandonnèrent la poitrine et se jetèrent sur le foie (frictions avec la pommade émétisée, légers purgatifs). Amélioration du côté du foie,

mais recrudescence des douleurs vers la région épigastrique et aux lombes; constipation opiniâtre; pesanteur extrême dans les jambes; lassitude; essoufflement, provoqué par le moindre mouvement; dégoût de la vie; incurie pour ses intérêts et sa personne; négligence et malpropreté; désir du changement, du mouvement; projets de voyage. Point de coït depuis huit mois.

» Ayant bien constaté l'existence des pertes séminales, pendant les selles et à la fin de l'émission des urines, l'absence de toute lésion du côté de la poitrine ou de l'abdomen, je proposai au malade la cautérisation. Après quelques explications, il s'y décida de suite.

» L'introduction d'une sonde d'argent de moyen calibre provoqua des contractions spasmodiques le long du canal, et de vives douleurs surtout à partir du bulbe.

» Après avoir vidé la vessie, je cautérisai la partie la plus voisine du col et la portion membraneuse du canal.

» Pendant la journée, émission fréquente et douloureuse d'urines teintes de sang (bain, lavements, eau d'orge).

» Les jours suivants, sentiment de force et d'activité, appétit énergique, sommeil profond, réparateur, cessation de la constipation, retour des érections, urines de plus en plus claires, voix notablement plus grave et plus forte, légère coloration de la face, expression de gaieté, air plus assuré.

» Le treizième jour, M. H..., tourmenté par des érections fréquentes et énergiques, céda à la tentation et reprit ses fonctions conjugales suspendues depuis huit mois. Cet acte prématuré d'émancipation n'eut pourtant aucune suite fâcheuse, et le rétablissement suivit son cours ordinaire.

» M. H... se trouve aujourd'hui dans un monde nouveau, tout ce qui l'environne produit sur lui des impressions de plaisir; il suffit, au reste, de voir sa figure pour apprécier le changement qui s'est opéré dans son existence; c'est l'expression du bonheur le plus vif, substituée à celle du plus sombre chagrin.

» Il est évident que les déplorables excès de masturbation et de coït auxquels le malade s'est livré, n'ont pas eu moins d'influence sur la production des pollutions diurnes que les sept blennorrhagies contractées dans un si court espace de temps; il faut donc en tenir compte; mais il est bon d'observer aussi que les individus qui se livrent à de pareils excès, doivent y être disposés par une grande énergie des organes génitaux; énergie qui rend ces excès moins nuisibles.

» Malgré toutes les causes de détérioration, qui ont agi sur la constitution de ce malade, malgré la gravité des symptômes locaux et généraux, la guérison a été très-prompte, ce que j'attribue à cette vigueur primitive des organes affectés. Ces organisations privilégiées présentent en effet de bien grandes ressources, pour peu qu'elles soient secondées.

» Ici on a cru à l'existence d'une gastrite, d'une hépatite; à une disposition à la phthisie pulmonaire, etc., et l'on n'a jamais redouté une affection cérébrale. Cependant les symptômes éprouvés par ce malade, différaient peu de ceux qui ont fait croire dans d'autres cas à une maladie du cerveau ou de ses enveloppes; mais cet homme exerçait plus ses membres que sa tête; on n'a pu remarquer chez lui que de la paresse, de l'incurie et de la maladresse, parce que sa mémoire, son imagination, etc., n'étaient pas en évidence. Pour apprécier exactement l'influence des pertes séminales sur toutes les fonctions, il faut tenir compte, non-seulement de la prédominance originelle ou acquise des divers organes, mais encore des occupations habituelles et de la position sociale des malades.

» Une des sœurs de M. H..., est affectée de flueurs blanches très-abondantes, et, chose remarquable, elle éprouve des symptômes très-analogues à ceux qui existaient chez son frère. Le facies présente le même aspect. Ses fonctions digestives sont troublées de la même manière; la faiblesse, l'insomnie, etc., sont portées au même point.

» Ce rapprochement m'a paru assez remarquable pour devoir être signalé en passant. » (Lallemand, *Des pertes séminales involontaires*, t. I, p. 151.)

2° *Sensibilité.* La sensibilité est diminuée, augmentée, mais rarement pervertie. Elle peut être diminuée partielle-

ment, aux mains seulement, par exemple, où on l'a vue complétement abolie quand elle était intacte partout ailleurs. Elle est accrue quelquefois et comme pervertie en même temps; des courants douloureux semblent parcourir les membres qui peuvent être le siége de véritables douleurs vagues. Il y a surtout aux lombes des douleurs particulières qui compliquent la faiblesse de cette région. Hippocrate parle d'une sensation particulière, c'est celle de fourmis, qui paraissent descendre de la tête le long de l'épine. C'est un symptôme exceptionnel qui se rencontre à peine une fois sur vingt.

3° *Intelligence.* Nous devons commencer par les lésions des instruments de l'intelligence, c'est-à-dire par celles des sens. Le *toucher* est ordinairement intact, quelquefois affaibli, comme si une gaze était interposée entre le doigt et les objets. Du côté de la *vue*, ce qui s'observe d'abord, c'est la perte de l'éclat des yeux; ils deviennent ternes, fatigués et perdent leur expression. L'organe est incapable d'application, il se trouble vite et perçoit même de fausses sensations, comme celles de mouches, de fils, de taches, de lueurs qui passent dans l'air. Quelquefois il arrive qu'on ne voit plus qu'une partie des objets; mais le plus souvent cette altération de fonction, qui tient à une paralysie momentanée et partielle de la rétine, dure peu d'abord, comme nous venons de le dire, et n'a lieu que d'un seul côté, l'autre œil restant intact. Cependant la vue peut s'affaiblir graduellement et une amaurose véritable survient. Il y a long-temps, en effet, qu'on a mis, et avec raison, l'onanisme au rang des causes de la goutte sereine; et l'on conçoit que l'influence de la spermatorrhée doive être encore plus funeste.

Ajoutons, pour qu'on ne s'y trompe pas, qu'alors même qu'il n'y a rien d'aussi grave dans l'œil, la pupille offre une dilatation habituelle chez les tabescents, ce qui contribue à l'hébétude de leur regard; c'est peut-être aussi avec la sensibilité de la rétine, une des causes de la photophobie, trop de lumière arrivant à la fois sur le fond de l'œil.

L'*ouïe* s'émousse comme les autres sens, et sa faiblesse est quelquefois voisine de la surdité; chez d'autres elle devient d'une susceptibilité extraordinaire, le moindre bruit est importun, irritant, s'il se prolonge. Ce n'est pas parce que l'oreille est devenue délicate qu'elle est offensée, car ces malades n'entendent pas mieux que la plupart des hommes, mais c'est la durée de la sensation auditive qui les agace; ils sont impatients du son comme de tout le reste. Les effets des pertes séminales sur l'*odorat* sont sans importance, puisqu'ils n'ont pas attiré sérieusement l'attention des observateurs. Il en est de même du *goût.*

Avant d'arriver à l'intelligence elle-même, il nous reste encore un de ses instruments à examiner, c'est la mémoire.

La *mémoire* est affaiblie; il arrive aux malades de ne pouvoir achever une phrase faute de se rappeler le commencement. Ils oublient de préférence certains mots, les noms propres, les adjectifs ou les substantifs en général, ce qui, joint à l'hésitation de leur langue, rend chez eux la conversation très-embarrassée. Pour que ce trouble soit porté si loin, il faut, bien entendu, que le mal, qui en est l'origine, soit très-avancé.

L'*intelligence* s'affaiblit à mesure que la maladie prend de la force. Comme l'onanisme, et plus que l'onanisme, la spermatorrhée est funeste aux fonctions les plus élevées de l'encéphale; et c'est par elle que dans toutes les positions sociales, au collége, dans les écoles, dans le barreau, dans les sciences on a vu des esprits du premier ordre s'éclipser.

Enfin ce qui domine surtout ici c'est une mélancolie profonde, qui a produit plus d'une fois l'aliénation mentale, et surtout la monomanie du suicide et de l'homicide.

Chez le sujet dont nous allons rapporter l'histoire, il y avait à la fois ce double penchant à la destruction, penchant au suicide et au meurtre.

Obs. 22. « *Blennorrhagie*, *constipation*, *fissure à l'anus*, *pertes séminales pendant la défécation*, *profonde hypocondrie*, *penchant au meurtre et au suicide*, *diarrhée*, *guérison spontanée de la fissure*, *des pertes séminales*, etc.

» A vingt-quatre ans, Félix B*** contracte une blennorrhagie, accompagnée de pesanteur dans la région prostatique : plusieurs applications de sangsues et des bains calmèrent la douleur et réduisirent l'écoulement à un suintement limpide.

» Le malade fit alors un voyage en voiture à côté d'une jeune personne dont le voisinage lui causa des érections énergiques et prolongées ; bientôt après, le testicule gauche devint énorme, très-douloureux, et le suintement de l'urètre augmenta.

» Arrivé chez lui, le malade appliqua des sangsues et prit beaucoup de bains de siége : le volume des testicules diminua, mais le suintement persista.

» Pendant trois ou quatre ans ce testicule resta très-sensible ; il se tuméfia plusieurs fois, ou devint douloureux à la suite de désirs vénériens un peu prolongés : le suintement du canal en était aussi augmenté. La seule influence du printemps provoqua également, pendant quatre ans, le retour des mêmes phénomènes.

» Pour y mettre fin, Félix B*** prit du rob de Laffecteur. Après la seconde bouteille, il éprouva une constipation opiniâtre : bientôt la défécation devint excessivement douloureuse, et les matières fécales furent enduites de sang. Le malade alors renonça au rob et recourut aux lavements, mais il n'en éprouva aucun soulagement : quand il les rendait, il lui semblait que des rasoirs ardents lui fendaient l'anus.

» Cet état durait depuis plusieurs mois, lorsque le malade éprouva des vertiges après avoir été à la selle ; il eut ensuite des congestions cérébrales brusques et fugaces, en se promenant ou en travaillant; les forces diminuèrent rapidement; son moral s'affecta ; il tomba peu à peu dans une profonde mélancolie : des idées noires, qu'il s'efforçait d'éloigner de son esprit, l'obsédaient sans cesse et lui faisaient rechercher la solitude et l'obscurité ; là il gémissait en secret sur sa triste position, et versait souvent des larmes abondantes. Il avait le suicide en horreur, et cependant un mauvais génie semblait toujours l'y pousser ; la vue des corps aigus, des instruments tranchants, des armes à feu, le faisait frémir et déterminait en lui un désir de tuer, dont il ne parvenait à se débarrasser qu'en se causant quelque vive douleur, en se pinçant, par exemple, fortement quelque partie du corps.

» Enseveli dans ses tristes pensées, il n'adressait la parole à personne ; et si les objets de ses affections cherchaient à le distraire, il ne répondait à leurs prévenances que par des brusqueries. Il sentait ses désirs vénériens s'affaiblir progressivement ; mais ce n'était pas ce qui l'affectait le plus, c'était sa position morale : il avait le mal en horreur, et s'y sentait poussé malgré lui. Ainsi, il aimait beaucoup une femme et trouvait du plaisir à la tourmenter, à la voir pleurer.

» Frappé de ces contradictions qu'il ne pouvait comprendre, sa raison s'égara au point qu'il se crut possédé du diable, et passa souvent des heures entières en prières, pour se défendre de ses tentations.

» Une sensation de faim le tourmentait sans cesse ; il mangeait souvent et avec avidité, mais ses digestions étaient pénibles, laborieuses. Malgré de nombreuses applications de sangsues, l'usage des bains répétés, des boissons adoucissantes, etc., les symptômes s'aggravèrent d'une manière effrayante. Jamais ses souffrances n'étaient plus grandes qu'au sortir du bain.

» Un jour, après avoir été à la selle, voulant examiner si ses matières fécales étaient toujours enduites de sang, il remarqua sur le sol une quantité notable de matières blanchâtres et visqueuses qu'il jugea être du sperme. Pour s'en assurer il prit l'habitude d'uriner avant d'aller à la selle, et de coiffer ensuite le gland d'un cornet de papier : il lui est rarement arrivé de le retirer sans y trouver une certaine quantité de matière séminale ; il remarqua aussi qu'elle produisait sur le canal une espèce de chatouillement accompagné de chaleur.

» Après avoir passé six mois dans cet état déplorable, le malade eut un jour une violente indigestion, provoquée par une salade de concombres : une diarrhée copieuse en fut la suite ; elle dura environ quinze jours et augmenta beaucoup

la faiblesse ; mais, après sa disparition, les matières fécales reprirent peu à peu leur consistance naturelle et furent désormais rendues sans douleurs et sans stries de sang. Les pertes séminales provoquées par les efforts de la défécation n'eurent plus lieu, et tous les symptômes physiques et moraux mentionnés ci-dessus se dissipèrent peu à peu complétement et spontanément.

» Depuis plusieurs années Félix B*** jouit de la meilleure santé ; toutes ses fonctions, *sans exception*, s'exécutent parfaitement.

» M. B***, étudiant en médecine, m'entendit un jour, dans ma clinique, exposer les divers symptômes auxquels les pertes séminales peuvent donner lieu, et les causes aussi variées qui les produisent : il comprit, seulement alors, la bizarre maladie qui avait fait son désespoir et m'en parla en sortant ; je le priai de recueillir ses souvenirs et de me donner ses notes. C'est sur elles que j'ai rédigé cette observation ; je crois pouvoir garantir leur scrupuleuse exactitude.

» La blennorrhagie a provoqué l'inflammation d'un testicule et développé la susceptibilité des organes génitaux ; elle a dû, par conséquent, les prédisposer à la production des pertes séminales ; mais, ce qui a déterminé leur apparition, c'est évidemment la constipation, provoquée par l'usage du rob de Laffecteur.

» Bientôt après se manifestèrent les symptômes qui accompagnent ordinairement les fissures à l'anus, puis ceux qui appartiennent aux pollutions diurnes.

» Voici probablement ce qui s'est passé. A la suite d'une de ces constipations prolongées, une selle dure et copieuse aura distendu outre mesure la membrane muqueuse qui tapisse les sphincters, celle-ci se sera déchirée. Dès lors, la défécation étant devenue douloureuse, le malade en recula le moment autant que possible ; les matières fécales accumulées et durcies, renouvelèrent à leur tour la déchirure ; car c'est ainsi que se produisent et s'entretiennent ordinairement les fissures à l'anus. Le dévoiement, qui a duré quinze jours, a permis à la cicatrice de s'achever sans être déchirée.

» Il est facile, d'après cela, de se rendre compte de l'apparition et de la cessation des pertes séminales, ainsi que des symptômes bizarres qui ont tourmenté le malade pendant six mois.

» J'ai déjà montré l'*hypocondrie* sous bien des formes, à la suite des pollutions diurnes ; mais jamais elle n'avait présenté de semblables caractères.

» Ce jeune homme naturellement bon et aimant, s'est vu obsédé pendant tout le temps de sa maladie par les penchants les plus *effroyables* ; il en était tellement révolté, que la perte de sa santé n'était rien pour lui auprès du supplice que ces mauvaises impulsions lui faisaient éprouver. Sa raison a dû être bien égarée par le désespoir, pour qu'il en soit venu, lui incrédule, à admettre l'intervention du diable, comme seule explication possible de cette impulsion au mal ? Il fallait aussi qu'il fût bien convaincu pour qu'il passât des heures entières en prières !

» A quoi tenait cependant une aberration qui pouvait avoir des suites si terribles ? que de réflexions un pareil fait ne doit-il pas faire naître sur la moralité de l'homme malade, lors même que le siége du mal ne semble avoir aucun rapport avec le cerveau ! » (Lallemand, *Des pertes séminales involontaires*, t. I, p. 250.)

Les malades ont, en général, une grande aversion pour les femmes comme pour tout ce qui leur rappelle leur triste position. Et cependant, chose remarquable, tout ce qui a trait à l'acte ou aux organes de la génération captive leur attention et fait travailler leur imagination, mais ce n'est pas pour le témoin réel ou possible de leur impuissance, de leur honte ; ce qui les arrête, ce sont des accouplements d'animaux, des planches d'anatomie, des figures de cire, etc.

Maintenant que nous avons dessiné les traits épars de ce tableau, il est convenable de les réunir pour que l'on puisse par un coup d'œil d'ensemble juger la physionomie de la maladie. Un autre s'est chargé pour nous de cette tâche, c'est Wichmann que nous avons déjà plusieurs fois cité. S'il manque quelque chose au tableau qu'il a tracé des pollutions diurnes, et ce tableau s'applique également aux pertes nocturnes involontaires;

s'il est, disons-nous, échappé quelques détails au pinceau de Wichmann, le lecteur les retrouvera dans ses souvenirs.

Nous citons :

« Lorsqu'on voit un homme plongé dans une extrême maigreur, pâle, engourdi, stupide, énervé, se plaignant d'une grande faiblesse, surtout dans les cuisses et les lombes, paresseux dans ses actions, cacochyme, ayant les yeux enfoncés, on peut avec raison soupçonner cette cause de dépérissement.

» Les malades qui sont dans cet état ne se plaignent absolument d'aucune douleur; les forces digestives sont ruinées, cependant l'appétit se soutient; il augmente même, et va quelquefois jusqu'à la voracité; après le repas, ils semblent avoir plus de forces; mais ils payent cher ce faible avantage par les incommodités qui résultent de la digestion, surtout s'ils ont trop écouté leur perfide appétit; l'estomac, ainsi que la plupart des autres viscères, exécutant mal ses opérations, plus on a mangé avec voracité et plus aussi le ventre est gonflé par le relâchement des organes digestifs; ce gonflement est accompagné d'un sentiment pénible d'anxiété qui poursuit encore ces malheureux à d'autres époques de la journée et les porte à fuir la société. Leur cœur est plus ouvert à la tristesse qu'à la joie, c'est-à-dire que la nouvelle d'un événement malheureux les affecte plus désagréablement que celle d'un événement heureux ne leur cause de plaisir. On remarque en eux, comme dans les masturbateurs, une certaine faiblesse d'intelligence ou stupidité; le sommeil le plus naturel ne répare point leurs forces, et le matin ils éprouvent des bâillements et des pandiculations; la mémoire et la vue sont particulièrement affaiblies : tel est l'état des choses jusqu'à ce que la maladie, ayant jeté des racines plus profondes, dégénère en vraie phthisie. On ne voit, au moins dans le principe, ni causes morales, ni affections de l'âme, ni chagrins que l'on puisse accuser; aucun viscère ne paraît altéré; on ne peut soupçonner aucun principe délétère caché dans le corps et consumant les chairs. Le malade est sans douleur si l'on en excepte cette douleur obtuse, compressive, qu'il rapporte aux hypocondres et qui tient au gonflement extrême des intestins affaiblis. Si vous ajoutez à ces caractères l'absence de la fièvre et des causes ordinaires d'épuisement, soyez bien persuadé que la pollution diurne existe et qu'elle est la cause cachée de tous les symptômes. Telle est la description générale de cette maladie d'après un nombre considérable d'observations particulières que j'ai eu l'occasion de recueillir.

» J'ai vu des célibataires et des hommes mariés, réduits à l'état de squelettes ambulants par l'effet de cette consomption, traîner la vie la plus malheureuse. Je les ai vus, perdant tous les jours leurs forces, offrir dans la jeunesse les attributs prématurés de la décrépitude. » (Wichmann, *l. cit.*, p. 48.)

Marche des pertes séminales involontaires. On a remarqué l'influence des variations de l'atmosphère sur la marche de la maladie; dans la grande majorité des cas les symptômes s'amendent pendant les temps humides; les malades se sentent plus de force et d'activité; ils sont plus gais, tandis qu'un air très-sec et très-pur les agite, augmente leur céphalalgie et leur malaise. Ceux qui éprouvent des effets opposés constituent l'exception.

Chez les sujets de la première catégorie les pertes séminales sont entretenues par une irritation prononcée des organes génitaux, quelquefois même par une véritable phlegmasie chronique de la portion prostatique de l'urètre; chez les autres, les pollutions sont les conséquences de l'atonie, du relâchement des organes accompagné presque toujours d'un tempérament lymphatique. Les premiers se donnent la spermatorrhée par l'onanisme ou des excès vénériens; les derniers la voient se développer presque spontanément après avoir été précédée d'incontinence d'urine ou d'autres circonstances décelant la faiblesse des appareils génito-urinaires. On concevra cette différence de l'influence de l'atmosphère sur ces deux ordres de malades en considérant que l'humidité qui est en quelque sorte un antiphlogistique pour les uns, ajoute à l'atonie, à l'inertie des

autres. De même ceux-là trouvent dans le temps sec un tonique qui les relève, tandis que pour ceux-ci c'est un surcroît d'irritation.

Le printemps est contraire à presque tous les tabescents, surtout à ceux de la première section, par l'augmentation d'activité qu'il amène dans les organes, et ensuite par l'accroissement des pertes.

Le froid de l'hiver en donnant du ton aux organes agit de la même manière, aussi est-ce l'automne qui est la saison la plus favorable à l'immense majorité des malades.

Ceux qui éprouvent des pertes diurnes, indépendantes de la défécation et de l'excrétion urinaire, sont très-sensibles à la surcharge électrique de l'atmosphère : quelques-uns en sont affectés au point d'en éprouver des élancements douloureux, des contractions involontaires dans les membres, de vives commotions dans la direction des principaux cordons nerveux, de l'anxiété, un malaise inexprimable.

Il est, dans la marche de ces maladies, d'autres variations sur lesquelles nous avons incidemment appelé l'attention en traitant des causes et qui ne doivent plus nous occuper.

Mais toutes ces influences s'expliquent, tandis qu'il s'en rencontre d'autres qui restent inconnues. Ainsi, M. Lallemand rapporte l'observation d'un malade qui depuis plusieurs années perdait et reprenait alternativement pendant quinze jours sa puissance virile, sans que rien ait pu indiquer la cause de cette singulière intermittence. C'est un fait trop rare pour que nous ne le reproduisions pas au moins en abrégé.

Obs. 23. « Un magistrat suisse, âgé de trente-sept ans, bonne constitution, issu de parents robustes, sans aucune maladie dans sa jeunesse autre que la rougeole, puberté à quatorze ans. Peu de temps après, pollutions nocturnes, rêves érotiques, très-souvent il se trouvait couché sur le ventre *sans que sa volonté y fût pour rien*. Ces pollutions ne dérangeaient pas le sommeil, ne laissaient aucun malaise, souvent le réveil était accompagné d'une sensation de bien-être, comme à la suite d'un besoin satisfait ; plus tard, trouble du sommeil par un état nerveux : le matin, sentiment de fatigue, principalement dans les jambes.

» Éloignement des pollutions, quelquefois pendant quinze jours, par une vie active, surtout de longues courses, des bains froids et des lotions froides souvent répétées avec l'eau vinaigrée : une vie sédentaire, des études sérieuses, un séjour trop prolongé au lit, etc., en provoquaient souvent deux dans une nuit. Dix années employées à des études sérieuses et aux affaires publiques les augmentèrent. L'estomac devint susceptible, etc. ; avec un régime doux la santé se soutint.

» A trente-cinq ans, cette longue continence s'est terminée par un mariage d'inclination. Érections très-énergiques dans les premiers rapports conjugaux ; l'éjaculation provoquée par le moindre contact ne permit pas l'accomplissement de l'acte. Les jours suivants, pas d'éjaculation ; mais un écoulement lent du sperme rendit les érections incomplètes. Ce suintement avait lieu non-seulement la nuit, mais encore dans le jour, aux moindres caresses conjugales : il était peu abondant, mais il se répétait souvent, il était précédé de turgescence de la verge, jamais d'érections complètes. Ces pertes multipliées n'empêchèrent pas les pollutions nocturnes ordinaires de continuer comme auparavant. Un régime tonique, l'exercice à pied, prolongé et répété, firent cesser cet état *au bout d'un mois*, l'acte fut consommé. Les jours suivants il put être répété ; suspension des pollutions nocturnes. Bientôt le même suintement reparut à la moindre excitation génitale, les érections ne furent plus assez complètes pour permettre l'intromission ; cette nouvelle impuissance dura quinze jours : le coït put être répété tous les jours avec énergie et sans fatigue pendant une période de même durée, puis l'écoulement spermatique revint, ainsi que les pollutions nocturnes et l'impuissance.

» Pendant cinq mois ces alternatives se répétèrent régulièrement ; la durée des périodes de faiblesse diminua peu à peu, ainsi que la fréquence des pollu-

tions nocturnes : elles ne se montrèrent jamais dans ces périodes de virilité.

» Après six mois de mariage, une grossesse rendit les rapprochements de plus en plus rares ; les pollutions nocturnes revinrent peu à peu comme avant, les érections perdirent l'énergie qu'elles avaient acquises dans les deux derniers mois. Il n'y eut jamais de pertes séminales pendant la défécation : elles eurent lieu quelquefois lors de l'émission des dernières gouttes d'urine, seulement durant les périodes de faiblesse et à la suite de quelques érections incomplètes.

» Je conseillai au malade, qui m'écrivit alors, de longues excursions à pied, l'éloignement des affaires, les ferrugineux, les eaux d'Aix en Savoie et surtout l'usage modéré des organes affaiblis par une longue inaction. » (Lallemand, *Des pertes séminales involontaires*, t. II, p. 227.)

Au point de vue chronologique M. Civiale a partagé le cours de la maladie en trois périodes, qu'il nomme degrés, parce qu'en effet cette division est fondée sur des phases qui signalent la gravité croissante des pertes séminales involontaires.

Bien que ces trois degrés ne soient pas toujours marqués, et que, par suite d'une recrudescence, le premier puisse quelquefois reparaître après le second, etc., nous croyons la division bonne à donner une idée de la marche chronologique de la maladie. Nous extrayons ce qui suit du passage de M. Civiale.

« *Premier degré.* Le malade a remarqué que les érections ne sont plus complètes, que l'éjaculation se fait avec trop de précipitation, souvent même au moment de l'introduction de la verge dans le vagin ; qu'elle cause moins de plaisir, et qu'elle est suivie d'abattement, de malaise, d'inquiétudes. Le sperme est plus liquide, moins odorant, mais plus abondant, du moins dans un grand nombre de cas ; le pénis est plus mou, plus flasque ; les testicules sont relâchés ; les désirs sont moins vifs, moins rapprochés. Si le coït a lieu à des époques trop éloignées, des pollutions nocturnes, même sans érection complète, surviennent au moment où l'on s'y attend le moins. En explorant l'urètre au moyen d'une bougie on le trouve fort sensible et sous l'influence d'un de ces états névralgiques que j'ai précédemment décrits. » (Civiale, *loco cit.*, p. 165.)

Ce premier degré est vraiment l'image fidèle du d'but des pertes séminales dans le plus grand nombre des cas.

« *Deuxième degré.* Le malade a presque entièrement perdu la faculté d'entrer en érection. Si de temps en temps le pénis se gonfle, c'est plutôt par le fait de la présence de l'urine dans la vessie que par suite de véritables désirs ; d'ailleurs la rigidité est incomplète et ne dure pas ; par conséquent, le coït est presque impossible. S'il y a éjaculation, elle se fait pendant la nuit spécia.ement, en général sans érection, souvent sans plaisir, et elle est suivie d'un abattement, d'un malaise qui durent quelquefois plusieurs jours. Dans un grand nombre de cas, un écoulement muqueux, ou même puriforme, a lieu par l'urètre, et parfois cet écoulement est assez copieux pour tacher le linge. C'est surtout pendant les efforts de la défécation qu'il a lieu. » (Civiale, *loco cit.*, p. 168.)

Ces pertes peuvent alors encore être provoquées par la présence des femmes ou d'objets, de peintures qui en rappellent les attributs, par des lectures érotiques, par le froissement de la chemise, etc., suivant la susceptibilité particulière d'un malade ou de ses organes, etc., etc.

« *Troisième degré.* Il n'est pas rare qu'on n'obtienne aucun résultat satisfaisant des moyens auxquels on a eu recours successivement ou simultanément. Tantôt la faculté d'entrer en érection est abolie, tantôt les érections ont bien lieu, mais d'une manière si imparfaite que le coït, même le plus facile, devient impraticable. Quelques malades n'éprouvent même plus de désirs et ils ont cessé d'être hommes bien long-temps avant l'époque fixée par le cours ordinaire de la nature. Chez d'autres, qui sont plus à plaindre, la puissance est éteinte, mais les désirs subsistent encore. Enfin, l'état, quel qu'il soit, peut être ou non compliqué d'écoulement.

» Les cas de cette catégorie sont bien plus communs qu'on ne serait tenté de le

penser d'après le petit nombre d'observations recueillies par les praticiens même les plus exercés. Mais les hommes qui s'y trouvent sujets consultent rarement les gens de l'art. L'amour-propre les retient, d'autant plus que ce sont, pour la plupart, ou des vieillards qui se croient ridicules d'avoir à leur âge ce qu'ils appellent des idées de jeunesse, ou des hommes prématurément épuisés, et que tous ont grand soin de cacher leur honte et leurs mésaventures. Toutefois, d'incessants désirs les assiégent au point de les rendre très-malheureux et de les pousser quelquefois à une fin tragique. Le praticien peut-il rester spectateur impassible de ce qu'il observe ou de ce qu'il présume devoir exister? Il lui suffit de savoir que le fait a lieu, qu'il est fréquent et qu'il entraîne des conséquences fâcheuses, pour que sa profession lui impose le devoir, du moins à l'égard des hommes avec lesquels il a des rapports d'amitié, de les mettre sur la voie et de leur aplanir le chemin des confidences. » (Civiale, *loco cit*, p. 184.)

Cette esquisse rapide de la marche de la maladie divisée en trois degrés, ne pouvait pas en comprendre tous les traits, mais elle renferme les principaux. Le praticien devra plus d'une fois se rappeler ces degrés au lit du malade pour s'en aider dans le pronostic du cas qu'il aura sous les yeux. Sans doute il devra appeler à son aide d'autres éléments tirés de la constitution de l'individu, de ses antécédents, de la cause de la maladie, de l'effet des traitements, souvent très-divers qu'on aura dirigés contre elle; mais le résumé synoptique n'a jamais eu la prétention de représenter la description complète dans tous ses détails.

Pour achever ce que nous avions à dire sur la marche des pertes séminales involontaires, nous n'ajouterons qu'un mot sur leur terminaison, parce que nous devons y revenir à l'occasion du pronostic. Nous nous bornerons ici à cette remarque, que les pollutions ont plus de tendance à s'aggraver avec le temps qu'à diminuer, et que l'on compte plus d'une terminaison funeste.

Diagnostic des pertes séminales involontaires. Les symptômes généraux des pollutions appartiennent à trop de maladies diverses pour être caractéristiques. M. Lallemand en convient lui-même le premier, et M. Civiale le démontre très-bien dans le passage important que nous lui empruntons.

« Les faits publiés jusqu'à ce jour sont peu nombreux et la plupart manquent de détails nécessaires pour leur donner le degré d'importance qu'aurait une série d'observations dans lesquelles l'histoire complète de la maladie pourrait être mise en regard des lésions cadavériques. Tantôt les circonstances antécédentes sont demeurées inconnues, et tantôt les désordres de l'appareil génital sont compliqués d'autres altérations, d'une grande portée, dans l'appareil urinaire. Presque tous les sujets dont les nécroscopies sont décrites ont effectivement succombé à une maladie des voies urinaires, et le plus souvent on n'avait pas soupçonné, pendant la vie, celle dont l'inspection anatomique démontra l'existence dans les conduits prostatiques, la partie profonde de l'urètre, le col vésical et la prostate elle-même. Comment dès lors assigner le point de départ des phénomènes morbides, et faire à chaque lésion la part qui lui revient dans la production de ces derniers? S'agit il des altérations de texture, elles constatent qu'un travail inflammatoire s'est effectué de longue main; mais ce n'est là qu'une déduction après coup. L'observateur le plus exercé, en rapprochant tous les faits connus, ne pourrait affirmer d'avance laquelle de ces altérations on va rencontrer, ni même s'il en existe; car on voit des effets en tout semblables à ceux qui sont présentés comme dépendants des lésions organiques des vésicules séminales, et cependant l'autopsie vient démontrer que ces organes étaient sains, que la prostate seule était le siége des désordres. Est-il question de simples névroses, on les confond avec celles du col vésical, dont il n'y a pas moyen de les distinguer. Enfin, s'attache-t-on à l'inflammation aiguë, elle a rarement des caractères spéciaux, et l'on n'est amené à la soupçonner que par des symptômes communs à plusieurs maladies de l'appareil urinaire.

Les symptômes spéciaux manquent ou sont indéterminés, et les explorations locales n'apprennent rien, pour ainsi dire, à l'exception d'un bien petit nombre de cas. D'ailleurs parvînt-on à constater le siége du mal, il resterait encore à en déterminer la nature, l'étendue, la complication, et les moyens manquent pour cela.

» Je dois donc rappeler ici une observation que j'ai déjà faite, et qui se trouve applicable presque à chaque cas morbide de l'appareil génito-urinaire, c'est qu'il faut de toute nécessité défalquer des maladies dont je traite en ce moment un cortége entier de phénomènes morbides qui leur sont plus ou moins étrangers, et que l'esprit de système y a accolés. Ainsi, pour ce qui concerne les phénomènes généraux, on avait remarqué chez certains sujets un besoin irrésistible de mouvement, malgré la fatigue, le malaise et l'épuisement qui en résultaient, des dispositions prononcées aux congestions cérébrales, beaucoup d'inquiétude, de tristesse, de mélancolie, d'irascibilité, la perte des facultés cérébrales, la dilatation des pupilles, le délire, le trouble de la digestion, la faiblesse musculaire, l'anéantissement général, etc.; et parce que l'autopsie révéla ensuite des collections purulentes ou des lésions organiques dans les voies spermatiques, on se crut fondé à mettre les symptômes précités sur le compte de l'état morbide de cette partie de l'appareil génital, sans songer qu'il existait aussi, chez les mêmes sujets, dans les reins, la prostate, la vessie et autres organes, des altérations quelquefois très-graves, attestant que des maladies importantes y avaient eu lieu; sans penser non plus que ces effets dits spéciaux, ces phénomènes prétendus caractéristiques ne sont pas rares dans une foule de cas où l'appareil génital est parfaitement sain. C'est ce qui ressort surtout des observations publiées par MM. Dalmas, Albers et Lallemand. La plupart du temps même les lésions étrangères aux vésicules séminales sont plus graves, plus étendues, et tout porte à croire qu'elles avaient précédé, ou du moins qu'elles ont eu la plus grande part aux désordres et à la terminaison de la maladie. Ce n'est pas que je prétende contester l'influence que peuvent exercer les lésions constatées dans les conduits éjaculateurs et les vésicules séminales; plusieurs fois, au contraire, j'ai été en position de me convaincre qu'elle est grande; mais je veux signaler la tendance à trop généraliser et à faire dépendre d'un seul ordre d'altérations qu'on étudie des effets qui ressortent manifestement d'autres causes. En groupant ainsi des phénomènes généraux, qui ne sont la plupart du temps que des coïncidences, on ne fait qu'embrouiller l'histoire d'une maladie déjà peu connue. Qu'un homme pâlisse, maigrisse et s'énerve; que ses yeux se cavent, que ses forces digestives se perdent, quoique l'appétit se soutienne ou même augmente; que le sommeil ne répare pas les fatigues du jour; que la constitution devienne très-impressionnable, le caractère triste, hébété, la mémoire faible, etc.; si l'on remarque quelques pollutions nocturnes ou diurnes, on ne s'attache qu'à cette perte de semence, on y rapporte tout, et l'on oublie qu'une foule de maladies de l'appareil urinaire ou autres, soit méconnues, soit trop légèrement appréciées, peuvent entraîner les mêmes conséquences par rapport à la santé générale.» (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, IIe part., p. 138.)

Si les symptômes généraux n'ont rien de bien significatif, de bien spécial, c'est une raison de plus, une obligation de tirer tout le parti possible des symptômes locaux.

Sous ce rapport il y a deux éléments à constater : la sortie du liquide par la verge et la nature de ce liquide.

Les pollutions nocturnes ne se font pas en général à l'insu du malade; et dans le cas contraire, à son réveil il en retrouve les traces sur les poils du pubis, sur son linge ou dans la cavité du prépuce. Si la liqueur est desséchée on la reconnaît encore à des traces brillantes semblables à celles que laissent les traînées du limaçon. L'existence des pollutions nocturnes est donc ordinairement facile à constater, comme émission du liquide par l'urètre et comme nature du

liquide, puisqu'il n'y a que le sperme qui puisse être évacué dans les mêmes circonstances.

Dans le cas de pollutions diurnes, l'issue du liquide échappe souvent au malade, soit qu'elle ait lieu à l'occasion de l'évacuation du rectum ou de celle de la vessie.

On a des exemples de ce fait même chez les personnes que leur intelligence semblerait en mettre à l'abri.

Obs. 24. « Je l'observai pour la première fois, en 1772, sur un jeune homme alors âgé de vingt et quelques années, qui remplit aujourd'hui un emploi public. Depuis long-temps il éprouvait des spasmes; il était dans un état manifeste de cacochylie et de maigreur. Les médecins qu'il avait consultés avant moi avaient jugé, d'après ces apparences, qu'il était hypocondriaque. Divers symptômes, en effet, pouvaient faire croire que le siége du mal était dans les hypocondres. L'abattement des forces, la langueur des digestions, quoique l'appétit fût assez bien conservé; la pâleur du visage; la tristesse, la pusillanimité qui lui faisaient rechercher la solitude; la rougeur vive qui colorait quelquefois ses joues dans la conversation, l'inquiétude du caractère, enfin une certaine faiblesse d'intelligence qui est aussi un symptôme remarquable de la masturbation, semblaient justifier ce diagnostic. Il s'était livré aux femmes autrefois, et il avait gagné des maladies vénériennes auxquelles il attribuait, comme cela est assez ordinaire dans ces sortes de cas, son état présent Quoiqu'il ne restât pas la moindre trace de ces anciennes affections, le médecin, égaré par les instances et les fausses conjectures du malade, lui fit prendre pendant long-temps des préparations mercurielles, qui ne firent qu'aggraver des symptômes dont la vraie cause avait été aussi grossièrement méconnue.

» On renonça alors au mercure pour employer les toniques, et surtout les eaux ferrugineuses, croyant que la maladie n'était qu'une affection hypocondriaque; mais ce second traitement n'ayant pas été plus heureux que l'autre, le malade me pria de prendre soin de lui. Je ne pouvais attribuer la maigreur extrême dont j'étais témoin, ni aux restes d'une maladie vénérienne imparfaitement guérie, ni aux causes ordinaires d'épuisement, ni à la fièvre; je demandai donc au malade s'il faisait des excès avec les femmes, s'il se livrait à la masturbation, ou s'il perdait involontairement sa semence pendant la nuit. Il m'assura que non, avec une espèce de serment. Je le renvoyai après cet entretien, lui rappelant l'engagement solennel qu'il venait de prendre de me dire la vérité, et l'assurant que je n'emploierais aucun remède avant qu'il se fût attentivement examiné lui-même. Quelques jours après il revint auprès de moi et m'annonça qu'il perdait quelque chose qui ressemblait à la semence. Je m'assurai que l'observation était exacte; la cause du mal, telle que je la décrirai plus amplement au chapitre 2, étant connue, le traitement devint facile à appliquer. Le malade recouvra en quelques mois une parfaite santé, et cet heureux effet des remèdes nous prouva que nous avions attaqué le mal dans ses sources. » (Wichmann, *Pollutions diurnes*, p. 42.)

Rien n'est plus capable que cette observation de faire voir jusqu'où peut aller l'ignorance des malades relativement à leur affection. On regrette seulement que Wichmann n'ait pas donné plus de détails.

Il arrive même que le malade prend l'écoulement spermatique pour des glaires et ne s'en plaint pas au médecin, ou, s'il en parle, c'est pour se féliciter de ce que cette humeur s'est ainsi jetée au-dehors. Si le sujet se tait sur ce point, un observateur au courant sera conduit par les renseignements à adresser des questions décisives.

Obs. 25. « *Tempérament lymphatique, éruptions cutanées très-variées, alternant avec diverses affections. Mauvaise santé habituelle, hypocondrie, pollutions méconnues pendant vingt-cinq ans. Bains hydrosulfureux : guérison.*

» M. D..., d'un tempérament lymphatique très-prononcé, fut sujet dans son enfance à des engelures, à des croûtes à la tête; il eut au cou de nombreux abcès

scrofuleux. Depuis la puberté, sa santé s'est raffermie : cependant il a été sujet à des ophthalmies, à des maux d'oreilles, à des éruptions cutanées fréquentes, rebelles, variables, qui alternaient avec des maux de gorge ou des affections chroniques de différentes membranes muqueuses.

« Marié à 21 ans, il n'a connu que sa femme ; et il ne s'est pas livré à la masturbation ; il n'a jamais fait d'excès d'aucune espèce, si ce n'est peut-être dans les premiers mois qui ont suivi son mariage. Il a eu plusieurs enfants, dont trois sont encore vivants, mais cacochymes.

» Depuis l'âge de 30 ans, il lui survint des dartres à la figure, au cou, aux bras, aux jambes, au scrotum, au périnée ; tantôt vives et humides, tantôt sèches et squameuses, changeant de place avec une extrême facilité ; elles ont été souvent remplacées par de petits boutons, qui parcouraient différentes parties du corps, en provoquant de vives démangeaisons ; d'autrefois des furoncles leur succédaient pendant des mois entiers. M. D... a pris vingt traitements pour se débarrasser de ces éruptions incommodes : jus d'herbes, dépuratifs, purgatifs, sirops, teintures de toute espèce : le tout sans succès, et même avec beaucoup d'inconvénients pour ses organes digestifs.

» Peu à peu sa santé s'est dérangée d'une manière très-sérieuse ; il a éprouvé successivement des symptômes de catarrhe pulmonaire, de gastro-entérite et de cystite chronique ; il était sujet à de fréquentes douleurs rhumatismales.

» Il était aussi tourmenté par une constipation opiniâtre, qui alternait avec de la diarrhée. Ses digestions s'altérèrent peu à peu : il devint sujet à des coliques venteuses très-fréquentes. Son ventre était toujours distendu par des vents ; il était obligé de les rendre dès qu'ils se présentaient, sans quoi il était sûr d'être malade. Quand ces coliques le prenaient il semblait sur le point d'étouffer ; le sang se portait à la tête, la face devenait violette ; puis tout se dissipait par une explosion de flatuosités, qui durait plusieurs heures. Il affirmait souvent qu'il sentait ces vents courir *entre cuir et chair* quand il n'avait pu s'en délivrer à temps.

» Dès lors il cessa d'aller dans le monde et ne vit plus que des amis très-intimes ; peu à peu il devint hypocondriaque et fantasque. Excellent homme au fond, il était souvent caustique, acariâtre, par boutades : du reste, d'une grande faiblesse de caractère et d'une sensibilité très-exaltée. La moindre histoire un peu intéressante, le récit d'un trait de courage ou de dévouement le faisaient pleurer d'attendrissement ; puis l'instant d'après, il se montrait d'une excessive susceptibilité, surtout pour ce qui lui semblait une injustice, un défaut de procédé.

» Il avait souvent la figure très-injectée ; il se plaignait de fréquents étourdissements, contre lesquels on avait employé des sangsues à l'anus, des bains de pieds, etc., le tout sans succès.

» Enfin ses jambes s'affaiblirent, il fut forcé de renoncer à ces courses fréquentes dont il se trouvait autrefois très-bien.

» Ces symptômes furent regardés comme des menaces imminentes d'apoplexie. On voulut appliquer encore des sangsues à l'anus ; mais le malade s'y refusa, parce qu'il ne s'en était jamais bien trouvé.

» C'est dans ces circonstances que je fus appelé : le malade avait alors 56 ans.

» Je fus pendant plusieurs jours sans pouvoir découvrir la véritable cause de ces symptômes variés, tant l'histoire de toutes ces maladies était longue, tant les récits du malade étaient compliqués. Enfin il me parla d'une dartre qui avait couvert tout le scrotum, et s'était étendue au périnée et à la marge de l'anus. Je lui demandai alors s'il n'avait jamais éprouvé de pertes séminales en allant à la selle.

» J'appris bientôt, par les détails dans lesquels il entra, qu'il y était sujet depuis environ 25 ans, sans s'en douter. Il avait toujours cru que c'étaient des mucosités ou des glaires, et n'y avait jamais attaché la moindre importance. Au reste, ces pertes n'étaient pas habituelles, ni également copieuses, il en était souvent exempt pendant plusieurs mois. Autant

qu'il pût s'en souvenir, c'était surtout quand il était tourmenté par des éruptions cutanées qu'il en était exempt : il croyait même que c'étaient ses humeurs qui s'en allaient par les urines, quand il voyait reparaître ces évacuations spermatiques : il éprouvait alors dans le rectum et dans la vessie de la chaleur, de l'irritation, qu'il ne calmait qu'à force de lavements.

» Depuis l'apparition de ces pertes, ses érections et ses désirs vénériens avaient toujours été en diminuant ; il n'en avait plus depuis plusieurs années, ce qu'il attribuait au seul progrès de l'âge.

» Ses urines étaient quelquefois troubles et floconneuses pendant douze ou quinze jours ; puis elles redevenaient limpides pendant un temps variable.

» Toutes ces circonstances étaient trop claires pour me laisser le moindre doute sur la nature de la maladie. J'engageai le malade à prendre des eaux hydro-sulfureuses naturelles, il se rendit à celles de Vernet près Perpignan.

» Après sept ou huit bains il lui survint une vive démangeaison à la peau, surtout aux jambes ; il s'y développa une multitude de petits boutons, qui laissèrent suinter pendant un mois une telle quantité de sérosité roussâtre que le malade était obligé de s'envelopper les membres, deux fois par jour, de plusieurs épaisseurs de linges. Enfin, cette évacuation diminua peu à peu ; l'épiderme se détacha par plaques sur toute la surface du corps.

» Pendant ce temps il s'opéra une métamorphose complète dans toute l'économie : les selles devinrent faciles et régulières, l'appétit augmenta rapidement, les pertes séminales disparurent, l'estomac digéra distinctement tous les aliments, supporta les vins les plus forts ; les érections reparurent ; en un mot, M. D... éprouva à 56 ans un véritable retour de jeunesse.

» Voilà donc des pertes séminales qui ont été méconnues pendant vingt-cinq ans ; et le malheureux qui en était tourmenté a passé pendant tout ce temps pour un malade imaginaire, un hypocondriaque ! On s'est moqué de sa manie des lavements, des drogues, etc., sans prendre la peine d'en chercher la cause ! J'espère qu'on s'occupera sérieusement de ces longues souffrances : si elles ne se terminent pas toujours par la mort, elles empoisonnent du moins l'existence.

» Comment ce malade a-t-il supporté si long-temps une pareille maladie ? C'est qu'elle n'était pas continue. Les pertes séminales n'avaient probablement lieu, dans le principe, que quand l'irritation se déplaçait sur les organes génito-urinaires ou sur le rectum.

» Dans les derniers temps cependant, elles avaient fini par compromettre sérieusement l'existence, et l'on commençait à croire à une affection cérébrale, ou tout au moins à des menaces d'apoplexie. » (Lallemand, *Des pertes séminales involontaires,* t. I, p. 211.)

Il y a encore un autre écueil à éviter : les malades offrent une exagération inverse : au lieu de ne pas voir une maladie réelle, leur imagination en fabrique une de toutes pièces, ils croient à des pertes dont ils n'offrent pas la moindre trace, et prennent l'urine ou du mucus pour du sperme. C'est pour éviter cette double erreur, que, dans le cas de pertes coïncidant avec la défécation, Wichmann donne au médecin le conseil suivant :

« Lorsqu'on soupçonne l'existence de cette pollution diurne, il faut chercher à s'en assurer mieux ; et pour cela l'on engage le malade à uriner d'abord, et lorsqu'il veut rendre les matières fécales, à s'asseoir sur le siége de telle manière que la verge soit au dehors, et laisse voir tout ce qui peut s'en écouler dans l'effort qui détermine les selles à sortir. On perd rarement dans une pollution diurne autant de semence que dans une pollution nocturne. Le mal n'en est pas moins grave, parce que c'est une perte de vraie semence ; qu'elle a lieu une fois par jour et même plus souvent, au moindre effort que l'on fait pour pousser une selle, et sans aucun plaisir qui avertisse du danger que l'on court. » (Wichmann, *Pollutions diurnes*, traduction française, pag. 54.)

Dans ce cas, il suffit donc d'un peu d'attention pour constater l'émission du liquide par l'urètre. Mais il n'en est pas ainsi des pollutions qui accompagnent

l'excrétion urinaire, parce que le sperme peut être entraîné avec les dernières gouttes d'urine auxquelles il se mêle. Lorsqu'il sort abondamment après l'évacuation de la vessie, il en est autrement. Quand le liquide sort inaperçu du canal, on le retrouve toujours dans le vase de nuit.

Dans les autres espèces de pollutions diurnes, l'émission du liquide est facile à observer; et dans toutes les espèces de la maladie, il suffit, comme on le voit, que l'attention soit portée sur ce point, pour ne pas commettre de méprise.

Pendant la défécation, lorsque le sperme sort en abondance, avec une certaine érection et un sentiment de plaisir, toute erreur est impossible.

« Mais à mesure que la maladie fait des progrès, le sperme devient de plus en plus aqueux; il est expulsé avec moins d'efforts et moins abondamment chaque fois. Ainsi, en supposant que cette petite quantité de sperme n'ait pas été entraînée par un jet d'urine, le malade peut croire qu'il n'a rendu que du mucus ou du fluide prostatique, et, s'il consulte son médecin, il est encore plus exposé à se tromper.

» Tout le monde sait qu'après de violents efforts de défécation une petite quantité de matière visqueuse peut être exprimée des follicules de la prostate, et former avec le mucus du canal une goutte épaisse et filante, qui s'arrête à l'ouverture du gland; mais cela doit-il faire repousser sans examen l'assertion de tout malade qui prétend avoir rendu du sperme à la selle? C'est cependant ce que font encore tous les jours beaucoup de praticiens, sans se douter que les préjugés des savants sont quelquefois aussi tenaces, aussi peu fondés que ceux du vulgaire. Parce que Boerhaave, Haller, etc., ont affirmé que le sperme ne peut être expulsé sans érection, sans plaisir, etc., faut-il refuser d'examiner!!!

» Les malades ne se trompent cependant pas aussi facilement qu'on le pense, quand ils ont eu l'attention de vider leur vessie avant d'aller à la selle; car le fluide prostatique, joint au mucus de l'urètre, ne donne pas plus d'une goutte ou deux de matière filante et visqueuse, presque toujours transparente, susceptible de s'allonger entre les doigts, et le plus simple raisonnement aurait dû faire comprendre qu'il est impossible que ces fluides soient expulsés en masse pendant la défécation, puisqu'ils n'ont pas de réservoir dans lequel ils puissent s'accumuler. Cette donnée suffirait donc, à un médecin qui se rappellerait son anatomie, pour apprécier l'assertion d'un malade qui dirait avoir rendu par la verge, pendant la défécation, une quantité de sperme équivalant, par exemple, à une cuillerée à café.

» Je donnerai bientôt un moyen aussi simple que sûr de faire cesser toute incertitude sur la nature du fluide expulsé de l'urètre pendant l'acte de défécation; il me suffit pour le moment de faire observer qu'on doit admettre qu'il vient des vésicules séminales s'il est un peu abondant et s'il a été rendu brusquement, sans compter que le sperme le plus aqueux mousse comme du savon quand on le frotte entre les doigts, et développe, surtout à la suite de ce frottement, l'odeur caractéristique qui lui est propre. On se tromperait toutefois si l'on pensait que toutes les selles doivent provoquer des pertes séminales plus ou moins abondantes; cette uniformité ne s'observe pas même chez les sujets les plus malades, et rien n'est plus variable que la marche de ces affections. » (Lallemand, *Des pertes séminales involontaires*, t. II, p. 346.)

Dans le passage suivant, où, à côté de faits curieux on reconnaîtra quelques erreurs, Sainte-Marie a bien décrit les différences de la liqueur prostatique et du sperme.

« J'ajouterai ici quelques caractères importants omis par l'auteur : 1° la semence qui coule dans cette pollution est plus pâle, plus ténue, plus aqueuse que celle qui s'échappe dans l'acte du plaisir; 2° elle est aussi plus faiblement imprégnée de l'odeur spermatique; 3° elle laisse sur la chemise, lorsque le linge en reçoit quelques gouttes, des taches légères, superficielles, que l'on aperçoit à peine. N'y aurait-il pas quelque rapprochement à faire entre la semence imparfaitement élaborée que l'on perd dans

cette pollution, et une partie de celle que l'on évacue dans l'acte vénérien? La semence qui s'échappe la première dans l'éjaculation naturelle est claire, ténue, semblable à celle de la pollution diurne involontaire. Sa sortie n'excite qu'un médiocre plaisir; elle coule plutôt qu'elle n'est éjaculée. Celle qui suit, plus abondante, plus blanche, plus épaisse, plus odorante, porte au plus haut degré le sentiment de la volupté. Ces deux émissions, dans l'état naturel, se confondent ordinairement dans une seule, et la seconde n'est qu'une suite non interrompue, une continuation indivisible de la première; mais la chose n'arrive pas toujours de la sorte. Dans quelques circonstances, qui ne sont pas même bien rares, la première émission a lieu, et n'est pas suivie de la seconde; ce qui permet d'étudier ces deux actes isolément. Je connais bien des hommes qui, s'éveillant à l'instant d'une pollution nocturne, et faisant tous leurs efforts pour réprimer l'éjaculation prête à se faire, n'ont perdu que la première semence, et ont pu conserver la seconde. J'en connais d'autres qui, dans le coït, ne perdent quelquefois la seconde semence qu'une minute après la première. Un de mes malades éprouve ce partage de l'éjaculation en deux périodes bien distinctes, toutes les fois qu'il prend de l'opium pour calmer des quintes de toux auxquelles il est fort sujet. Je ne conclurai rien de ces observations relativement à la maladie qui nous occupe; je pense seulement qu'elles établissent une circonstance physiologique importante à noter dans l'acte de l'excrétion séminale; et cette circonstance, mieux connue un jour, peut éclairer la théorie encore obscure des maladies où ce fluide est excrété involontairement, telles que la gonorrhée proprement dite, la pollution diurne décrite par Wichmann, certaines pollutions nocturnes, et par exemple celles dans lesquelles: étant couché sur le dos, on perd la semence sans érection, sans rêves voluptueux. La plupart de ces écoulements se composent en effet de cette semence ténue, limpide, mal élaborée, dont j'ai parlé, et non de l'autre dont l'excrétion est subordonnée à un autre ordre de circonstances et de mouvements. »

Sainte-Marie confond ici le sperme altéré avec la liqueur normale dont il a d'abord parlé, et qui sort la première dans l'éjaculation,

Personne ne partagera non plus son opinion relativement à l'origine du liquide transparent, qui n'est évidemment qu'une de ces deux choses : le sperme altéré ou le liquide prostatique. Voici comme il s'exprime à cet égard :

« Pourrait-on admettre, sans abuser de l'hypothèse, que la première vient directement des testicules, et ne fait que passer dans les vésicules sans s'y arrêter, tandis que la seconde vient des réservoirs où un séjour plus ou moins prolongé lui a donné des caractères plus parfaits d'animalisation? Ce que je suppose pour la semence, quelque étrange qu'il puisse paraître aux savants physiologistes du siècle, ressemble cependant un peu à ce qui se passe dans le foie et ses dépendances, pour la sécrétion et l'excrétion des deux biles. Le mécanisme de ses fonctions est différent, il est vrai, dans les deux appareils sécrétoires, mais les rapports essentiels de la comparaison, relativement à la théorie que je veux établir, sont conservés. Serait-il donc impossible que dans quelques circonstances mal appréciées jusqu'à présent, et par exemple lorsque les testicules éprouvent une plus grande activité sécrétoire; lorsque les valvules que Procoska a découvertes dans les vaisseaux séminifères sont peu nombreuses, relâchées, écartées les unes des autres (*voy.* le savant Mémoire de ce grand physiologiste, dans les *Acta Academiæ Josephinæ Vindobonensis*, t. I, p. 177); lorsque le muscle crémaster, qui, dans l'acte vénérien, comprime le testicule, l'élève, l'applique contre l'anneau, est frappé d'un état habituel de spasme; cette semence testiculaire, si je peux l'appeler de la sorte, se trouvât dans des conditions plus favorables à sa sortie? Je ne donne cette explication que pour une hypothèse, et je l'abandonne volontiers si elle encourt la censure des savants; mais je ne me dessaisis point des faits sur lesquels je l'ai établie; ils me paraissent certains, incontestables; et

comme faits positifs, je les crois dignes de quelque attention. » (Sainte-Marie, *lieu cité*, p. 78.)

Si les caractères distinctifs du sperme et du fluide prostatique, si les signes différentiels précédemment exposés n'étaient pas suffisamment accusés, on recourrait au moyen que M. Lallemand indiquait plus haut, sans le nommer, à l'examen microscopique.

L'espèce de pollution où la nature du liquide est le plus difficilement reconnue, est celle qui accompagne ou suit l'excrétion urinaire. On ne confondra cependant pas ici la spermatorrhée avec la blennorrhée, si l'on se rappelle que c'est à la fin de l'excrétion urinaire que la liqueur séminale est rendue, tandis que c'est par les premières gouttes d'urine que le mucus urétral est entraîné. Du reste, ce signe différentiel n'a d'importance que lorsque l'écoulement urétral ne donne que quelques gouttes le matin par exemple, dans cette variété qu'on appelle la goutte militaire. Lorsque la blennorrhée est plus abondante, elle est facile à distinguer de la spermatorrhée, et déjà Sainte-Marie ne s'y trompait pas.

« Cet écoulement de l'humeur prostatique constitue une espèce très-fréquente de blennorrhée. Ceux qui l'éprouvent ont le gland humecté le matin lorsqu'ils se lèvent, par un enduit onctueux; s'ils compriment alors le canal de l'urètre, en dirigeant la compression de la racine de la verge vers son sommet, ils en expriment quelques gouttes d'une liqueur verdâtre, gluante, un peu fétide, assez semblable à du petit-lait mal clarifié. Ils perdent un peu de cette humeur après des désirs ou des érections qui n'ont point été suivis de l'acte vénérien. Il est probable que le mucus qui lubrifie le canal de l'urètre, sécrété d'une manière surabondante, mais sans condition morbifique, se mêle à l'humeur des prostates et forme une partie de l'écoulement. Cet état est plutôt une incommodité qu'une maladie, et ceux que j'ai traités de cette blennorrhée n'en éprouvaient aucun dérangement dans leur santé. Cependant on consulte souvent les médecins pour ce flux, quelque modéré qu'il soit, parce qu'on s'effraye aisément des moindres symptômes éprouvés par les parties génitales. J'ai souvent arrêté ces blennorrhées par des injections composées avec une solution d'alun (sulfate acide d'alumine), et un peu de laudanum liquide de Sydenham (vin d'opium composé). Un vésicatoire apposé à la partie supérieure et interne de l'une des cuisses est aussi dans ces cas un remède très-efficace. J'ai appris d'un médecin distingué de cette ville à l'appliquer sur le périnée même, pour faire cesser cette incommodité, souvent très-opiniâtre. » (Sainte-Marie, *lieu cité*, p. 82.)

Il y a dans l'augmentation de l'écoulement après l'érection quelque chose d'insidieux qui pourrait d'abord en imposer. Mais on s'aperçoit, en réfléchissant, qu'il est tout simple que l'état fluxionnaire de la prostate pendant l'érection augmente la sécrétion de ses follicules et conséquemment la quantité du liquide qui sort par le canal de l'urètre. D'ailleurs, s'il y avait du doute, les antécédents serviraient à le dissiper. En effet, de deux choses l'une, ou le liquide a toujours présenté ce caractère de fluidité, etc., et alors il ne s'agit pas de spermatorrhée; ou il y a d'abord eu des pertes de véritable sperme, point ou à peine altéré, et si ces pertes se sont prolongées en même temps que le liquide s'altérait, il est très-probable qu'il est question de pertes séminales involontaires.

Toutes les fois, dit M. Lallemand, que la vessie contient du sang, du mucus, etc., ces matériaux étrangers, plus pesants que l'urine, se rassemblent vers le col de la vessie, et sortent par conséquent les premiers, quand le malade est debout; or, c'est le contraire de ce qu'on observe pour le sperme. (Lallemand, *lieu cité*, t. II, p. 35.)

Il semblerait d'après cela qu'en faisant uriner le malade debout, il serait toujours facile de distinguer la spermatorrhée, du catarrhe vésical, lorsque ces deux affections ne se compliquent pas réciproquement. Cependant soit que ces caractères ne soient pas toujours très-saillants, soit qu'on procède mal ou qu'on ne procède pas à leur examen, il

est arrivé à des hommes du premier mérite de prendre une maladie des organes génitaux, une spermatorrhée pour un catarrhe vésical ; Portal et Boyer ont commis cette faute, que l'étude plus attentive des symptômes fit éviter à M. Civiale. Voici le fait :

Obs. 25. « M. T., âgé de vingt-cinq ans, d'un tempérament nerveux, fortement épris d'une jeune personne qui devait devenir sa femme, éprouva, à la suite d'une longue continence, mais sans cause appréciable, un engorgement du testicule droit, qui se termina par un abcès, qu'on ouvrit au moyen du bistouri, et dont l'ouverture resta fistuleuse. Cinq mois après, le même accident eut lieu du côté opposé, et se termina de la même manière, en sorte que le malade, au moment où je le vis, présentait une ouverture fistuleuse à chaque testicule. Mais l'organe du côté gauche était plus volumineux, et la quantité de matière expulsée par la fistule plus grande. C'était un liquide muqueux, jaunâtre, peu consistant, et sans qualités urineuses. Les fistules avaient un trajet très-irritable, on n'y pouvait introduire un stylet qu'à quelques lignes de profondeur ; l'urètre était aussi d'une irritabilité excessive. Je cherchai d'abord à diminuer cette irritation, et ne procédai à l'exploration que plusieurs jours après. Déjà à cette époque l'urine avait beaucoup perdu de ses caractères morbides ; elle était moins bourbeuse, et le dépôt moins puriforme : le malade la rendait avec plus de facilité. Je ne découvris aucune disposition anormale dans l'urètre ; la vessie quoique fort irritable, ne présentait non plus aucun vestige ni de productions morbides, ni de corps étrangers. Cependant le malade croyait si fermement être calculeux que ce fut pour cela qu'il vint réclamer mes soins. En cherchant à remonter à la source des accidents, j'appris que M. T., exclusivement occupé depuis plus de deux ans de la personne qu'il devait épouser, avait eu, soit auprès d'elle, soit pendant les nuits, les érections les plus fortes et les plus prolongées ; que, dans les premiers temps, ces érections amenaient des pollutions, mais qu'à la longue, en se multipliant, celle-ci avaient eu lieu sans érection. Le malade ne fit aucune attention à tous ces symptômes, attribuant à un amour poussé jusqu'au délire divers troubles fonctionnels qui étaient survenus, comme aussi le dépérissement qui en avait été la conséquence, et comptant bien que l'union qu'il allait contracter mettrait fin à ses maux. Le résultat ne répondit pourtant point à l'attente. Il n'y avait plus d'érection, le coït fut impossible, et quelque temps après se manifestèrent les abcès des testicules. A dater de ce moment, il n'y eut plus d'éjaculations proprement dites ; mais il se faisait par l'urètre un écoulement presque continuel de liquide jaunâtre, qui faisait tache sur le linge. Les urines étaient épaisses et d'un blanc cendré. Ces renseignements, rapprochés de l'état dans lequel le malade se trouvait au moment de l'examen, ne permettaient pas de se dissimuler la gravité du cas. Je demandai une consultation : Boyer et Portal furent appelés. Ces honorables praticiens, tout en partageant mes craintes, ne crurent voir qu'un catarrhe vésieal ancien et opiniâtre, et l'on se borna à prescrire un traitement adoucissant ; les injections que le malade supportait avec peine furent même suspendues.

» Déjà, lorsque le malade vint à Paris, il se plaignait d'une douleur profonde et presque constante à la région inguinale du côté droit. Cette douleur augmenta progressivement, mais sans offrir un caractère spécial. J'appelai sur elle l'attention des consultants, qui n'en tinrent pas compte. Le malade était d'une maigreur extrême ; en palpant la région hypogastrique, j'avais cru sentir une petite tumeur vers le côté droit et un peu en arrière du col vésical ; le doigt, porté dans l'anus, ne découvrait rien. A la vérité tous ces indices étaient fort vagues au moment de la consultation, et ils ne permettaient pas de faire partager à mes confrères la crainte de la formation d'un abcès sur le trajet du cordon testiculaire droit. Mais, quelques jours après, le développement de la tumeur du côté de l'anneau inguinal, et une fluctuation de plus en plus manifeste, prouvèrent qu'il s'agissait en effet d'une collection purulente, qui fut reconnue par tout le monde

à une nouvelle réunion. Je fis l'ouverture de ce dépôt, d'où sortit une quantité de pus bien plus considérable qu'on n'aurait pu le penser. Les douleurs vives que le malade avait éprouvées pendant la formation de cet abcès, dans tout l'appareil génito-urinaire, et spécialement au col vésical, ainsi que sur le trajet du cordon affecté, cessèrent de même que tous les symptômes généraux; mais l'écoulement urétral et les fistules au scrotum persistèrent. Ce qu'il y eut de plus remarquable pendant cette période de la maladie, c'est que la vessie resta presque entièrement étrangère aux désordres. L'amélioration que mon premier traitement avait apportée dans l'état de l'urine se soutint; le malade souffrait à peine pour uriner.

» La suppuration de l'urine continua avec assez d'abondance pendant quinze jours. Durant ce laps de temps, le cordon testiculaire gauche devint le siége de douleurs assez vives pour exiger des applications de cataplasmes et de sangsues. Du reste, on employa les bains, les émollients sous toutes les formes, et un régime approprié. Plusieurs fois il y eut des érections nocturnes, mais incomplètes et sans résultat. Le malade, s'ennuyant à Paris, voulut retourner chez lui, il fut décidé dans une consultation qu'on établirait deux cautères au périnée et que plus tard on les réunirait de manière à faire un séton. La position du malade ne s'améliora pas; les testicules et les cordons étaient gonflés et très-douloureux, surtout par intervalles; un second abcès se forma dans le cordon gauche, et fut ouvert, comme l'avait été celui du côté droit. Les deux ouvertures se convertirent en fistules entretenues par un suintement quotidien, qui augmentait de loin en loin avec exaspération des douleurs locales et des symptômes généraux. Enfin, le malade succomba; malheureusement il fut impossible de faire l'ouverture du corps, qui aurait offert un grand intérêt. » (Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 2e partie, p. 148.)

La maladie était sans doute très-complexe; mais elle montre par le haut savoir des hommes pour qui elle fut une occasion d'erreur, combien ces affections ont encore été incomplétement étudiées, surtout sous le rapport du diagnostic. Voilà ce qu'on pouvait dire alors; aujourd'hui, malgré les remarquables travaux de M. Lallemand, on reste encore trop souvent dans l'incertitude.

Lorsque les pollutions ont lieu dans un bain, nous avons indiqué la manière de les y reconnaître pendant leur émission même. Nous avons dit également que la liqueur séminale formait dans les urines une couche ou un nuage granuleux, comme composé de flocons brillants, que M. Lallemand regarde comme caractéristiques.

Avant de passer au dernier moyen de diagnostic qui nous reste à examiner, nous rappellerons que les pollutions ne sont jamais continues. Ajoutons cependant que M. Civiale, qui accorde ce point à M. Lallemand pour la majorité des cas, fait la restriction suivante :

« M. Lallemand dit bien que le sperme, renfermé dans des réservoirs distincts, ne peut s'écouler d'une manière continue comme le produit de la phlegmasie urétrale; mais quand l'inflammation occupe en même temps les voies spermatiques, le mélange s'opère là, et il y a d'ailleurs un trouble considérable dans le mode d'éjaculation. » (Civiale, *Maladies des org. gén.-urin.*, IIe part., p. 146.)

Si l'aspect du sperme, examiné avec nos moyens ordinaires d'observation, si la circonstance de son émission, ne suffisent pas dans tous les cas à le faire reconnaître, il faut recourir à d'autres procédés. Ces procédés sont la chimie et le microscope.

Nous n'avons mentionné ici la chimie que pour mémoire; car l'analyse organique n'a point encore atteint un degré de précision et de simplicité qui sont ici la première condition de son emploi.

Microscope. Il semblerait que, depuis la découverte des zoospermes, tous les observateurs qui ont voulu distinguer la liqueur séminale altérée dans sa composition ou par des mélanges, eussent dû recourir au microscope pour chercher ces animalcules, dont la présence aurait levé tous les doutes; mais l'imperfection des premiers instruments employés, l'exagération de ceux qui s'en servirent d'abord, fit bientôt tomber dans le discrédit ce moyen d'exploration.

On n'étudia dans le commencement les zoospermes qu'avec de fortes loupes, et l'on s'étonnerait de l'exactitude des résultats auxquels arriva Leuwenhoek, si l'on ne savait qu'il passait une partie de sa vie à fabriquer ses lentilles et l'autre à s'en servir. Mais depuis cette époque les microscopes se sont beaucoup perfectionnés, et c'est une circonstance heureuse pour ce genre de recherches, qui exigent les meilleurs instruments. M. Lallemand, qui a trouvé le microscope de M. Raspail insuffisant, se loue beaucoup de celui de MM. Georges Oberhæuser et Frécourt.

Cet examen microscopique réclame quelques précautions particulières : comme les zoospermes ne peuvent être vus que par réfraction, il faut que le porte-objet, traversé par la lumière, soit d'un verre parfaitement pur, uni et sans bulles, partout d'une égale épaisseur. La liqueur doit être recouverte d'un autre vase aussi mince que possible, et travaillé exprès. Les feuilles de mica employées long-temps au même usage n'ont jamais autant de transparence, et les raies et les irisations qu'elles offrent toujours troublent l'opération. La petite lame de verre est indispensable pour diminuer autant que possible l'épaisseur de la couche liquide et rendre cette couche parfaitement uniforme, pour retarder son évaporation et prévenir son contact avec la lentille de l'objectif. Il est inutile d'insister sur la raison de ces dispositions ; on sait que tous les points d'une couche transparente sont d'autant moins éclairés, d'autant moins vus, qu'il y en a moins sur le chemin du même rayon lumineux ; en d'autres termes, que la couche est plus mince, et qu'une évaporation rapide entretient dans le liquide un mouvement perpétuel. L'objectif peut être terni par la vapeur, surtout lorsqu'on se sert de forts grossissements qui exigent un rapprochement considérable : lorsque la couche liquide s'est desséchée sans être recouverte d'une lame de verre, sa surface est inégale et altère l'aspect des objets ; enfin, sans cette précaution de la lame de verre, des corps étrangers salissent la préparation, qui ne peut plus être conservée.

Une seule goutte de liquide suffit pour une observation ; non-seulement elle est suffisante, mais une plus grande quantité serait nuisible et offrirait toujours des inconvénients. On presse le petit verre mince dont on la recouvre, afin de l'étaler, d'arrêter promptement les courants qui s'y manifestent et d'en chasser les bulles d'air qui peuvent s'y trouver emprisonnées. Quoique le porte-objet et la petite lame de verre qui recouvre la couche de liquide semblent rapprochés jusqu'au contact, les zoospermes se meuvent dans leur intervalle avec une entière liberté, tant qu'il leur reste de la vigueur et que l'évaporation n'a pas fait trop de progrès, ce qui peut durer plusieurs heures ; du reste, dit M. Lallemand, qui nous sert de guide dans cette description, une goutte d'eau tiède favorise et prolonge beaucoup leurs mouvements. Quelque mince que soit la couche de liquide, elle ne saurait être embrassée dans toute son épaisseur par un très-fort grossissement, d'où l'indication de faire continuellement monter et descendre le foyer, pour être sûr que rien n'échappe à l'observation. Cette précaution est surtout de rigueur lorsqu'il s'agit de pollutions diurnes, puisqu'il n'existe souvent que deux ou trois zoospermes dans la goutte de liquide en expérience.

On doit aussi fréquemment changer la position du miroir réflecteur, pour faire varier la direction et l'intensité de la lumière. Suivant M. Lallemand, qu'il faudra toujours citer quand on traitera des pollutions, les zoospermes sont souvent d'une grande transparence dans les cas pathologiques, et la lumière la plus vive, la plus perpendiculaire, n'est pas celle qui les fait le mieux distinguer.

L'on se trouve aussi très-bien de modifier la densité du liquide, soit en y ajoutant de l'eau, soit en le laissant dessécher.

Le sperme, surtout à l'état morbide, est mêlé de matériaux étrangers fournis par les vésicules séminales, la prostate et l'urètre. Quand la couche du liquide est trop épaisse, cette espèce de gangue englobe et masque les zoospermes.

Une goutte d'eau, déposée sur le bord du petit verre mince pénètre dessous ; et les

zoospermes s'isolent davantage, en même temps que la diminution de la densité du liquide permet à leurs contours de se dessiner plus nettement. En outre, quand le pouvoir réfringent des zoospermes diffère peu de celui de la liqueur séminale dans laquelle ils nagent, leurs parties les plus minces sont traversées par la lumière, qui n'en apporte à l'œil rien de distinct. Vus ainsi incomplétement, et comme mutilés, les zoospermes ne semblent plus que des globules très-petits, ovoïdes, très-brillants, terminés par une petite pointe. Dès que l'eau commence à pénétrer entre les deux verres, la petite lame de recouvrement et le porte-objet, un mouvemeut rapide empêche de distinguer clairement les objets qui passent; mais, quand la couche s'est remise à l'état de repos, on aperçoit la queue des animalcules, et leurs dimensions paraissent augmentées, ce qui tient à la diminution de densité du liquide ambiant. L'eau ordinaire suffit, mais le résultat est plus sensible quand on y ajoute une petite quantité d'alcool; mais, par suite de cette addition, les formes des zoospermes s'altèrent plus tard. Lorsqu'on ne veut faire servir la pièce qu'à l'étude du moment, on y ajoute de l'alcool; si l'on veut conserver la préparation, il vaut mieux n'employer que de l'eau pure.

L'évaporation, qui nuit en général à l'opération, la favorise quelquefois d'une manière remarquable. On n'a rien distingué au milieu du liquide pendant une demi-heure, une heure même, ou plus, et l'on y voit apparaître tout à coup un animalcule, puis deux, puis cent, dans l'espace de quelques minutes.

Le lendemain, quand la dessiccation est achevée, on ne distingue plus de traces des animalcules, ou bien on n'en distingue plus que les queues, le reste étant empâté dans le mucus solidifié; mais l'addition d'une goutte d'eau replaçant les choses dans les conditions de la veille, les mêmes phénomènes se reproduisent. M. Lallemand a nombre de fois constaté ces faits, et il en conclut que la transparence des zoospermes est très-commune dans les maladies graves. Voici l'explication que donne de ces phases de l'expérience le savant observateur que nou venons de nommer.

« Il est facile de se rendre compte de ce qui se passe dans cette circonstance. Quand le pouvoir réfringent des zoospermes est le même que celui du liquide ambiant, la lumière traverse le tout de la même manière, et la masse paraît homogène; mais l'évaporation agit plus promptement sur le liquide que sur des corps organisés; et quand la différence de densité change le pouvoir réfringent, la forme des zoospermes se dessine momentanément, parce qu'ils sont devenus plus transparents que le reste. Quand le desséchement est complet, tous les zoospermes qui se trouvent empâtés dans la matière disparaissent de nouveau, parce que le pouvoir réfringent est redevenu le même pour le mucus et pour les zoospermes complétement secs. L'absorption d'une certaine quantité d'eau reproduit les mêmes phénomènes aussi souvent qu'on le veut et dans tous les temps, parce que la matière emprisonnée entre deux lames de verre n'éprouve aucune altération appréciable.

» Après le desséchement de toute la liqueur séminale, les zoospermes qui sont restés isolés paraissent avoir pris un tiers ou même moitié plus de développement dans tous les sens, ce qui tient à ce que les parties les plus transparentes se dessinent complétement. Il y a des zoospermes de poissons, de mollusques, qu'on ne peut bien voir que dans cet état de desséchement, parce que leur queue est si grêle, si transparente, qu'elle échappe d'abord aux plus forts grossissement des meilleurs microscopes. Il est bon alors d'étendre d'eau la liqueur séminale, afin de bien disséminer les zoospermes, et de les observer jusqu'à ce que le desséchement soit complet; c'est aussi dans cet état définitif qu'il faut comparer les zoospermes appartenant à des individus différents ou à des époques différentes; car c'est alors seulement qu'on peut être certain de les retrouver toujours dans des conditions parfaitement identiques. Mais, chez la plupart des mollusques, des crustacés et des poissons, le desséchement altère plus ou moins les formes; il en est de même

dans toutes les espèces dont les zoospermes ont peu de consistance. Il est donc indispensable de les examiner dans tous les états. » (Lallemand, *Des pertes séminales involontaires*, t. II, p. 392.)

Quelquefois deux zoospermes sont superposés de manière à sembler n'en former qu'un monstrueux, à deux têtes ou à deux queues ; mais il suffit d'une goutte d'eau entre les deux verres pour que les deux animalcules se séparent et deviennent distincts.

Pour procéder avec sûreté à l'examen d'un cas morbide il y a un préliminaire indispensable, c'est un examen de la liqueur séminale à l'état normal. Rien de plus facile. Après l'acte physiologique il reste toujours assez de sperme dans l'urètre pour l'expérience la plus complète. Il suffit donc d'exprimer le canal pour en tirer une goutte de liquide qu'on dépose sur le porte-objet. On y aperçoit des milliers d'animalcules qui s'agitent comme des têtards entassés dans une mare ; seulement la queue des zoospermes est relativement plus longue, plus mince et, près de son insertion, la tête présente un point très-brillant. Ces animalcules sont si nombreux qu'il est difficile d'en suivre exactement les mouvements. On est obligé de les éloigner les uns des autres, de les espacer, pour les apercevoir plus nettement ; pour atteindre ce but, on fait pénétrer sous le verre une goutte d'eau, et l'on presse le verre, afin de les disséminer. C'est sous les bords de la lame qu'on les trouve le mieux isolés. Si l'eau est à la température du corps, on voit les mouvements des zoospermes devenir plus libres, plus vifs, jusqu'à ce que l'évaporation ou le refroidissement deviennent sensibles. En prévenant ces deux causes de leur immobilité, on peut faire durer l'expérience des heures entières avec le même résultat.

Pour trouver dans l'urètre tout le liquide nécessaire à l'observation, il n'est pas indispensable d'exprimer le canal immédiatement après le coït ; les animalcules y restent vivants tant qu'ils n'ont pas été entraînés par l'urine. Quoique le méat soit entièrement sec, et qu'il soit impossible de faire sortir du canal la moindre humidité, en le comprimant à partir de sa racine vers son ouverture extérieure, on peut cependant encore y trouver des zoospermes vivants et les extraire d'une manière facile et prompte. Il suffit pour cela de recueillir la première goutte d'urine, et on y parvient en ne faisant d'abord pénétrer l'urine dans l'urètre qu'en petite quantité. On reçoit ainsi la première goutte sur une lame de verre. Cette première goutte se trouve dans les conditions les plus favorables à l'observation microscopique du sperme ; car il y est délayé dans plusieurs fois son volume d'urine à la température du corps, et cette urine remplace de la manière la plus simple l'eau tiède qu'on ajoute pour rendre plus dégagés, plus isolés les zoospermes et leurs mouvements. S'il se trouve dans ce mélange plus de mucus, de fluide prostatique et de débris d'épithélium que dans le sperme recueilli peu de temps après le coït, les animalcules y sont si bien isolés qu'on les distingue au premier coup-d'œil. Et ce procédé est, pour beaucoup de raisons inutiles à dire, le plus naturel qu'on puisse employer dans cet ordre de recherches. Il y a plus, c'est aussi de beaucoup le meilleur dans les cas de pollutions diurnes, et même dans les pollutions nocturnes, et en général dans toute perte séminale, de quelque manière qu'elle ait lieu.

Avant de parler de l'application du microscope aux pertes séminales involontaires, nous devons faire remarquer que l'état normal des zoospermes varie comme les individus, pour le nombre, l'aspect et la dimension. A plus forte raison ces différences sont-elles plus prononcées à l'état morbide. C'est surtout dans les maladies chroniques organiques, comme le mal de Pott, les tumeurs blanches, la phthisie, que les animalcules spermatiques subissent ces altérations. Quelquefois ils sont pâles et transparents, et n'apparaissent au foyer du microscope qu'après la concentration de la liqueur par l'évaporation.

Enfin, quelquefois, par suite d'une double orchite, et quelquefois sans cause connue, les zoospermes manquent ou ils

ont perdu la plupart de leurs caractères normaux : ils sont plus petits, etc.

Il faut aussi se rappeler qu'avant la puberté et dans une vieillesse avancée les zoospermes manquent ou sont privés de leurs principaux attributs.

Maintenant que nous savons ce que c'est que les zoospermes à l'état de santé et dans les maladies autres que les pollutions, étudions-les dans cette dernière affection. Bien entendu que c'est presque exclusivement au point de vue du diagnostic que cette question doit être ici traitée.

A. *Caractères microscopiques du sperme dans les pollutions nocturnes.* Dans les pollutions nocturnes, tant que le sperme conserve ses propriétés physiques, ses animalcules n'offrent rien d'anormal. Mais quand ces pertes sont devenues une maladie réelle par leur influence sur l'organisme, la liqueur séminale devient plus aqueuse, les animalcules sont moins développés, moins vivaces. Leur nombre ne diminue pas d'abord sensiblement; il augmente même quelquefois, mais leurs mouvements sont moins vifs. Plus tard, quand le sperme est exempt de fluide, et que les érections s'en vont diminuant, les dimensions des zoospermes diminuent quelquefois d'un quart, d'un tiers; la queue devient difficile à voir avec un grossissement de trois cents fois. Enfin, les animalcules deviennent rares; et au dernier degré de la consomption, il n'y en a plus. Il n'y a plus qu'une surabondance de corpuscules brillants, semblables entre eux et à peu près du même volume que la tête des animalcules ordinaires.

B. *Caractères microscopiques du sperme dans les pollutions diurnes.* « Dans les pertes qui sont provoquées par la défécation, les résultats sont les mêmes. Les animalcules, à un degré avancé de la maladie, meurent quelquefois aussitôt après leur expulsion. On retrouve, après la diminution ou la disparition des zoospermes, les globules brillants, dont nous venons de parler, globules qui ne se trouvent jamais dans le liquide de la blennorrhagie, purs de tout mélange spermatique. C'est donc là un excellent signe diagnostique.

» En résumé, dit M. Lallemand, les pertes séminales qui compliquent les écoulements chroniques, en diffèrent par leur abondance, par leur instantanéité, par leur intermittence, et le microscope ne laisse aucun doute sur la nature du fluide. » (Lallemand, *loco cit.*, t. II, p. 411.)

C. *Caractères microscopiques du sperme dans les pollutions qui accompagnent ou suivent l'excrétion urinaire.* C'est à la recherche du sperme dans l'urine qu'on a surtout appliqué le microscope. Comme le sperme, en vertu de sa pesanteur spécifique, gagne les couches inférieures du vase, c'est là que les observateurs sont allés le chercher. Les uns pompent avec une pipette quelques gouttes d'urine des couches inférieures pour ensuite en déposer une sur le porte-objet; d'autres, à l'exemple de M. Devergie, versent l'urine dans un tube effilé à la lampe par son bout inférieur, coupent avec les ciseaux la partie la plus effilée, une goutte de liquide se forme à l'extrémité de la section, et elle est déposée sur le porte-objet. Mais avec la pipette on ne puise pas toujours dans l'endroit le plus convenable, et si l'on tombe sur des animalcules on peut les faire monter dans la partie supérieure du tube et ne soumettre au microscope qu'une urine qui en est dépourvue. Avec le tube effilé, il en faut un pour chaque expérience : des sels cristallisés qui sont plus pesants que le sperme, peuvent lui fermer la voie dans la partie effilée du tube; et si l'on coupe la pointe du tube trop haut, il s'écoulera un flot d'urine qui inondera le porte-objet.

En filtrant convenablement l'urine, les zoospermes restent sur le centre du filtre; mais il ne suffit pas de renverser celui-ci sur le porte-objet pour les y déposer, ils restent attachés au papier. En renversant le centre du filtre sur un verre de montre rempli d'eau, les animalcules tombent pour la plupart dans le liquide au fond duquel on peut les prendre avec la pipette au bout de vingt-quatre heures. Mais ce procédé, bon pour des recherches purement scientifiques n'est pas assez expéditif pour la pratique ordinaire.

« Il faut le dire franchement, dit M.

Lallemand, tous les micrographes ont suivi une mauvaise direction, en cherchant toujours les zoospermes dans les urines, et leur persistance à cet égard prouve qu'ils n'avaient pas suffisamment observé la maladie; car ils auraient pu atteindre leur but d'une manière prompte et sûre, en recommandant au malade d'exprimer le canal après avoir uriné, et de recevoir sur un morceau de verre une goutte du liquide qui se présente à l'ouverture du gland. » (Lallemand, *lieu cité*, t. II, p. 418.)

En effet, ainsi que nous avons eu grand soin de le dire, le sperme qui sort à l'occasion de l'émission de l'urine, ne sort jamais qu'à la fin du jet ou même quelquefois après que la vessie s'est entièrement vidée. Si le verre, qui a reçu les gouttes, est mis à l'instant dans le foyer, après avoir été recouvert du petit verre mince dont il a été tant de fois question, on a réuni les conditions les plus favorables à l'examen des animalcules vivants. Mais comme il est rare que les malades rendent du sperme chaque fois qu'ils urinent, il est à la fois plus simple et plus sûr de les inviter à recevoir sur un morceau de verre une goutte du liquide que donnera l'expression du canal après une perte abondante. Ce morceau de verre peut être transporté partout, à toute distance, pourvu qu'on le préserve de la poussière et des frottements. Alors il suffit au médecin de laisser tomber une goutte d'eau sur la tache que l'évaporation a laissée sur le verre, pour rendre à la matière toute sa fluidité et tous les caractères qu'elle avait avant le dessèchement, quand bien même il aurait duré plusieurs années. Avec un bon microscope il sera toujours facile de reconnaître les animalcules, si on les a vus vivants. Ce procédé a toutes les qualités requises pour être usuel, puisqu'il est sûr et prompt.

On comprend d'ailleurs comment ce procédé est applicable à toutes les variétés des pertes séminales involontaires. Un des grands avantages de ce procédé sur tous les autres, c'est la conservation des propriétés des zoospermes pendant des années, tandis que dans l'urine ces animalcules s'altèrent d'autant plus rapidement que le mal est plus avancé. Si le docteur Donné les a retrouvés dans ce liquide trois mois après leur immersion, c'est qu'ils appartenaient à des individus sains, car on les a vus s'altérer et disparaître de bonne heure quand ils provenaient de malades atteints de spermatorrhée. Dans le cas le plus fâcheux, au bout de huit jours il est quelquefois impossible de retrouver dans l'urine aucune trace des zoospermes dont on avait d'abord constaté la présence.

Nous avons insisté sur le diagnostic d'une maladie encore peu connue; et nous pensons qu'avec ce qui précède un observateur pourra, dans l'immense majorité des cas, arriver à la connaissance de la vérité.

Complications des pertes séminales involontaires. Un grand nombre d'affections des voies urinaires compliquent les pertes séminales involontaires, ou plutôt ce sont ces dernières qui sont des complications des lésions de la vessie, de la prostate ou de l'urètre. Nous avons vu, en effet, que les calculs de la vessie, le catarrhe chronique de ce viscère, etc., les inflammations de la prostate, la phlegmasie de l'urètre et ses rétrécissements sont souvent la cause et conséquemment se compliquent de pertes séminales. Nous pourrions répéter la même chose des affections du rectum, etc., qui sont à la fois causes et complications.

Dans le fait que nous allons rapporter, les deux systèmes génital et urinaire participent d'une manière si intime à la lésion commune, qu'on ne sait où elle est primitive, où elle est complication.

OBS. 27. « *Tempérament sanguin. Excès fréquents de dix-huit à vingt-quatre ans; hématurie; éjaculations sanguinolentes; cystite chronique; pollutions nocturnes et diurnes. Cautérisation, guérison complète au bout de trois semaines.*

» M. B***, commis-voyageur, d'une taille élevée, d'un tempérament sanguin, athlétique, d'un caractère insouciant et léger, fit de grands excès avec les femmes, depuis l'âge de dix-huit ans, sans remarquer d'altération dans sa santé. A vingt-quatre ans, ayant répété le coït

jusqu'à dix fois dans une nuit, comme cela lui était arrivé souvent, il eut une hématurie qui se dissipa le lendemain. Quelques jours après, ayant revu la même femme, il éprouva de la douleur au moment de l'éjaculation, et le sperme fut mêlé de sang.

» M. B*** s'observa pendant quelque temps, mais, comptant sur sa vigueur, il fit de nouveaux excès qui amenèrent les mêmes résultats. Après plusieurs rechutes suivies de repos plus longs, des symptômes de cystite se manifestèrent. Il s'y joignit de la douleur dans les cordons spermatiques et les testicules. Ces derniers se tuméfièrent plusieurs fois alternativement. Des sangsues, des bains, etc., calmèrent les accidents, sans les faire disparaître complétement.

» Depuis lors, la continence fut observée scrupuleusement; mais il survint des pollutions, d'abord fréquentes, quelquefois douloureuses et sanguinolentes, ensuite plus rares, presque sans érection, et sans aucune sensation de peine ou de plaisir. Enfin, elles furent remplacées par des pollutions diurnes qui achevèrent d'épuiser ses forces. Il y avait dix-huit mois que cet état s'aggravait, lorsque le malade, âgé de vingt-six ans, vint à Montpellier dans l'état suivant :

» Pesanteur dans la vessie ; envie continuelle d'uriner; émissions répétées toutes les demi-heures au moins pendant le jour, toutes les heures pendant la nuit, jet de l'urine faible et embarrassé, provoquant de la douleur au col de la vessie ; dernières gouttes épaisses et visqueuses ; après le refroidissement, urines troubles, fétides, déposant un nuage abondant, épais et floconneux, quelquefois même puriforme ; sensation pénible au périnée et vers la racine de la verge ; tiraillement dans les cordons spermatiques ; contraction spasmodique des sphincters ; constipation opiniâtre ; émission abondante de sperme pendant les efforts de la défécation, malgré les lavements, les douches, les laxatifs, etc. ; une ou deux pollutions nocturnes par semaine, presque passives ; érections nulles dans le jour, rares et incomplètes pendant la nuit ; aversion pour les femmes ; anorexie ; digestions laborieuses ; dégoût du vin et des viandes; sommeil troublé, non réparateur ; somnolence habituelle ; hypocondrie ; irascibilité ; faiblesse générale, malgré le développement du système musculaire ; lassitudes spontanées ; pesanteur habituelle dans les lombes ; cathétérisme provoquant de vives douleurs, des contractions spasmodiques du canal et surtout du col de la vessie.

» L'inutilité des évacuations sanguines, des émollients, des opiacés, du camphre, etc., me fit recourir immédiatement à la cautérisation.

» Je parcourus rapidement la face inférieure de la vessie, en m'arrêtant un peu plus au col, et je ne fermai l'instrument qu'au niveau du bulbe de l'urètre.

» La douleur fut très-vive et ne diminua que le second jour. Les urines restèrent sanguinolentes pendant six jours, et leur émission fut très-fréquente, presque involontaire (trente sangsues au périnée et aux aines ; bains prolongés ; tisanes abondantes ; lait, bouillons pour toute nourriture).

» Au bout de huit jours, les urines devinrent plus claires, et furent gardées plus long-temps. Au bout de quinze, elles avaient repris leur couleur et leur transparence normales ; elles n'étaient plus rendues que quatre ou cinq fois par jour, et deux fois dans la nuit ; elles sortaient avec force par un jet plein et continu, sans provoquer de douleur.

» D'un autre côté, la contraction spasmodique des sphincters de l'anus se dissipa peu à peu; la constipation cessa ; les pertes séminales disparurent rapidement ; les érections reprirent leur ancienne énergie et les idées vénériennes leur cours ordinaire. Au bout de trois semaines, le rétablissement était complet sous tous les rapports.

» Ce malade n'était venu me consulter que pour son inflammation de vessie, et n'avait jamais parlé à ses médecins que de cette maladie. Cependant les organes spermatiques étaient aussi affectés que les voies urinaires ; ils l'étaient de la même manière et par la même cause. Si le malade eut des hématuries à la suite de ses excès, il rendit aussi du sang avec le sperme, non-seulement dans l'acte vénérien, mais encore dans les pollu-

tions nocturnes; les cordons testiculaires étaient douloureux; les testicules avaient été tuméfiés plusieurs fois. L'inflammation s'était donc étendue aussi dans cette direction.

» C'est à cet état des organes spermatiques qu'il faut attribuer les pollutions nocturnes et diurnes; car la constipation était un des effets de la maladie, plutôt que la cause des pertes séminales qui avaient lieu pendant la défécation. Aussi cette constipation a-t-elle cessé en même temps que tous les autres symptômes, après la cautérisation, sans qu'on s'en occupât.

» Les urines contenaient-elles du sperme? C'est probable, si l'on en juge d'après la consistance des dernières gouttes qui tombaient du canal; mais aucune analyse chimique, aucune recherche microscopique n'aurait pu, je crois, en retrouver les traces. Au reste, peu importe, puisqu'il existait d'autres pertes séminales, puisque l'impuissance, qui en était le résultat, a disparu avec la cystite chronique, etc.

» On a dû remarquer combien les idées du malade, par rapport aux femmes, ont changé dès que la guérison a fait des progrès. » (Lallemand, *Des pertes séminales involontaires,* t. I, p. 501.)

Pronostic des pertes séminales involontaires. Nous avons vu qu'en général, les pertes séminales abandonnées à elles-mêmes, loin de tendre à la guérison, s'aggravent de plus en plus. Mais comme le pronostic varie suivant la cause de la maladie, il est important de traiter la question à ce point de vue.

Il est bien entendu que nous continuons à n'envisager les pertes séminales involontaires qu'à l'état pathologique. Même dans cette condition, les pollutions ne sont pas toujours une chose fâcheuse; loin de là, ainsi que nous l'avons vu, Frank et plusieurs autres observateurs ont rencontré des cas où l'émission involontaire du sperme a été un phénomène critique, qui a jugé favorablement une maladie grave. Quelle que soit la rareté d'un pareil fait, on doit en tenir compte. Peut-être est-il moins rare en réalité que les apparences ne le feraient supposer. N'est-il pas probable qu'il ne fixerait pas l'attention de beaucoup de malades, et que les médecins, qui n'en ont pas la prévision, le laisseraient souvent échapper?

Quoi qu'il en soit, nous devons reproduire un des exemples les plus intéressants et les plus curieux de ces pollutions critiques. Il appartient au docteur Sainte-Marie.

Obs. 28. « Un négociant de cette ville, âgé en ce moment (mars 1817) de quarante ans, homme instruit et plein d'honneur, avait essuyé une maladie vénérienne, dont les symptômes, après avoir paru d'abord sur les parties naturelles, avaient affecté l'arrière-bouche d'une manière persévérante. Il paraissait guéri, après huit mois d'un traitement méthodique, dans lequel de petites doses de mercure avaient été combinées avec les sudorifiques et quelques préparations opiacées. Il se plaignait seulement d'une inquiétude vague, de chaleur à la gorge, de douleurs à l'occiput et à la nuque, d'érections fréquentes. Ayant éprouvé, en août 1812, quelques chagrins domestiques, il tomba tout à coup dans une manie violente, et il croyait à chaque instant qu'on allait venir chez lui pour l'arrêter et le conduire en prison. Je fus obligé de le faire lier dans son lit pour l'empêcher, d'après cette fausse idée, d'attenter à sa vie. Cet état de délire furieux dura trois jours; il en sortit par un priapisme, pendant lequel il éjacula quatorze fois en quelques heures. Le calme le plus parfait de la raison fut le résultat de cette crise singulière; il ne resta plus qu'une extrême faiblesse, qui fut bientôt dissipée par l'usage des toniques et des analeptiques. Dans l'hiver de 1813 à 1814, la même maladie se renouvela, sous l'influence des mêmes causes, et avec des symptômes absolument semblables. J'étais alors à Paris; le malade reçut les soins de mon savant ami le docteur Stanislas Gilbert, qui avait bien voulu faire mes visites pendant mon absence. La manie se termina en quelques jours et de la même manière. En février 1816, le malade me fit appeler pour un léger retour des mêmes accidents. J'attendais à chaque instant le renouvellement de la scène violente dont j'avais été

témoin trois ans et demi auparavant ; il en fut quitte cette fois pour quelques érections sans aucune perte prolifique. » (Sainte-Marie, *Préface* de Wichmann, pag. 25.)

Les pollutions, qui sont produites par des lésions bien connues et faciles à guérir, guérissent elles-mêmes facilement. Comme telles, nous citerons les pertes qui résultent de la constipation, d'ascarides ou d'oxyures dans le rectum, de l'accumulation de matière sébacée dans un prépuce trop long. La spermatorrhée disparaît alors avec la lésion primitive qui lui a donné naissance, en sorte que son pronostic se règle sur le leur. C'est pour cette raison que les pertes séminales involontaires dépendant d'un rétrécissement de l'urètre, d'hémorrhoïdes, de la fissure à l'anus, sont plus longues à céder.

Celles qui sont la conséquence de la masturbation, résistent quelquefois très-long-temps, et peuvent même avoir la terminaison la plus funeste. Celles dont la cause est incomplétement connue sont encore plus généralement graves, parce que ce n'est que par une sorte de hasard heureux qu'on les attaque par une médication convenable. Les pertes qui accompagnent l'évacuation de la vessie rentrent en général dans cette dernière catégorie ; M. Lallemand dit :

« Les pertes séminales, provoquées par l'émission des urines sont les plus graves de toutes et les plus réfractaires, parce qu'elles sont les plus répétées et les plus faciles ; elles sont aussi les plus obscures, à cause de l'altération qu'a subie le sperme, et de son mélange avec l'urine, du moins dans la plupart des cas. » (Lallemand, *lieu cité*, t. III, p. 348.)

En général on peut dire que des pertes séminales avancées, qui ont déjà réagi sur l'économie, sont graves par l'intensité et la durée de cette réaction, par les accidents de tout genre qu'elles peuvent occasionner dans les fonctions génitales et surtout sur l'intelligence et le moral du malade, et enfin par la difficulté extrême de leur guérison dans beaucoup de cas.

Cependant le succès obtenu chez le sujet de l'observation qu'on va lire, encourage à tenter la guérison dans les cas qui semblent désespérés.

Obs. 29. « *Masturbation ; blennorrhagie ; traitements antivénériens multipliés ; pollutions diurnes ; affaiblissement progressif, surtout du cerveau ; maigreur effrayante ; au bout de seize ans, cautérisation ; guérison. Excès vénériens, rechute ; deuxième cautérisation : même succès.*

» M. V., né à Tortose, en Catalogne, d'une constitution sèche et d'un tempérament nerveux, adonné à la masturbation vers l'époque de la puberté, s'en abstint quand il vit sa santé s'altérer ; il s'y livra de nouveau quand ses forces commencèrent à se rétablir, et n'y renonça que quand il vit ses jours en danger. Il se rétablit encore et s'occupa depuis, avec ardeur et succès, de l'étude du droit.

» A dix-huit ans, il contracta une blennorrhagie, qui fut traitée à Saragosse, pendant six mois, par des *injections* d'acétate de plomb, de sulfate de cuivre, etc., disparut à la suite d'un voyage à cheval, revint bientôt après, s'arrêta de nouveau, et se reproduisit plus tard avec la plus grande facilité.

» Indépendamment des toniques, des injections, des astringents, qui furent conseillés au malade sans discernement, on lui fit prendre du sublimé, des pilules mercurielles, des frictions, de la salsepareille ; sa santé se dérangea de plus en plus, il devint sujet à des maux de tête, à des douleurs dans tous les membres, dans les lombes, accompagnés de faiblesses, d'insomnie, de fréquentes syncopes, etc.

» M. V. attribuait tous ces symptômes à l'existence du virus vénérien ; et comme ils augmentèrent plusieurs fois à la suite du coït, il se persuada qu'il avait éprouvé de nouvelles infections. Enfin, la préoccupation de sa santé devint une espèce de monomanie. Il quitta la carrière qu'il poursuivait depuis huit ans, et vint à Montpellier étudier la médecine dans le seul but de remonter à la cause première de tous ses maux et d'en trouver le remède. Mais revenant toujours à l'idée qu'ils dépendaient du virus vénérien, il

se soumit successivement à tous les traitements antisyphilitiques qu'il trouva indiqués dans les auteurs, et les combina de diverses manières.

» Cependant ses forces diminuèrent de plus en plus, ses digestions devinrent pénibles, laborieuses; il fut tourmenté par des gaz et par une constipation opiniâtre, qu'il combattit par de fréquents purgatifs. Son intelligence s'affaiblit au point que son attention ne pouvait être fixée par aucune lecture: bientôt même il fut incapable de lire.

» Il se rendit aux cours de la faculté, mais il ne pouvait écouter la moitié d'une leçon sans éprouver de la fatigue et de l'impatience; le sang lui montait à la tête, et bientôt il sentait le besoin de changer de place, de marcher.

» Occupé jadis avec passion des idées les plus abstraites, il ne pouvait plus suivre le plus simple raisonnement, et perdait la mémoire des faits les plus récents et les plus importants. Il était tourmenté de vertiges, d'éblouissements, de tintements d'oreilles. La plus légère contention d'esprit lui causait des bouffées de chaleur à la tête: ces congestions légères, fugaces, étaient aussi très-souvent provoquées par le travail de la digestion, par des flatuosités, par les efforts de la défécation.

» Le malade ayant l'esprit continuellement préoccupé de ces symptômes, finit par se persuader que *la substance cérébrale avait été absorbée*, et que son crâne ne contenait plus que les cordons nerveux destinés aux fonctions des sens: il croyait les sentir baignés dans la sérosité; il n'était pas moins obstinément poursuivi par l'idée qu'il était menacé d'une attaque d'apoplexie.

» D'un autre côté, son caractère devint sombre, acariâtre, insociable; il prit en aversion la musique qu'il aimait passionnément; il renonça à toutes ses relations, et sa misanthropie devint si sauvage, qu'il retournait sur ses pas quand il rencontrait un ami dans la rue, afin de ne pas être obligé de lui parler. Tourmenté par un besoin irrésistible de mouvement, il ne pouvait rester long-temps à la même place: aussi ce besoin de marcher et l'amour de la solitude, le faisaient-ils constamment errer dans tous les sentiers des environs de Montpellier. Indifférent à tout, il se trouvait dans la détresse, faute d'avoir pensé au lendemain.

» Enfin, après sept ans de séjour à Montpellier, M. V. vint me consulter. Dès les premiers mots qu'il me dit, je fus convaincu qu'il était tourmenté de pollutions diurnes, et toutes mes questions furent dirigées dans ce sens; mais il n'avait jamais remarqué de pertes séminales en urinant, ni en allant à la selle, et il persista dans l'opinion que tous ses maux étaient dus au virus vénérien.

» Peu de temps après, à la suite d'une congestion cérébrale, il s'appliqua des sangsues à l'anus, et ne put quitter son lit de trois mois.

» Les remarques qu'il avait faites pendant ce temps lui avaient prouvé que je ne m'étais pas trompé, mais il avait encore voulu se traiter lui-même: entre autres moyens, il avait imaginé de renfermer du camphre pilé entre le prépuce et le gland, afin d'agir plus directement sur les organes génitaux; mais quelques heures après, s'étant levé pour aller à la selle, il rendit du sperme plein le creux de sa main; il perdit connaissance et resta long-temps dans l'impossibilité de réclamer des secours.

» Je n'ai jamais vu de spectacle plus repoussant que celui qui me frappa quand j'arrivai près de lui; le désordre et la malpropreté qui l'entouraient annonçaient la plus profonde incurie: des urines bourbeuses et d'une odeur infecte remplissaient un vase crasseux, placé près de son chevet, sur une chaise couverte de poussière et de vêtements.

» Le malade, d'une maigreur et d'une pâleur excessives, s'agitait sur son lit comme un moribond qui sort d'une grave syncope; ses membres étaient glacés, ses pulsations faibles et irrégulières.

» Dès qu'il fut en état de m'entendre, je lui proposai la cautérisation de la portion prostatique de l'urètre. Il se hâta de l'accepter et je la pratiquai le même jour.

» La sonde d'argent d'un moyen calibre, que j'introduisis préalablement pour vider la vessie, détermina les contractions spasmodiques du canal, et pa-

rut lui causer de violentes douleurs, surtout vers la portion prostatique, ce qui me confirma dans l'idée que cette partie de l'urètre était depuis long-temps le siége d'une inflammation chronique.

» La cautérisation ne présenta rien de remarquable.

» Deux jours après, le malade éprouva un sentiment de vigueur dans les organes génitaux, un bien-être général qui lui rendirent l'espérance. Bientôt il reprit de la gaieté, de l'appétit et du sommeil; sa voix acquit plus de force; il sentit renatre sa passion pour la musique, il rechercha ses amis; sa physionomie changea complétement d'expression, sa joie devint expansive et même bruyante.

» Au bout de quinze jours il éprouva des désirs vénériens qui donnèrent un nouveau cours à ses idées; ses érections étaient fréquentes, énergiques, quelquefois même importunes. L'appétit était revenu et les digestions s'opéraient avec une énergie inaccoutumée.

» Le rétablissement continuait à faire des progrès lorsque M. V., pour l'accélérer, introduisit dans le canal une pommade contenant de l'acétate de plomb et du copahu. Dès ce moment les pollutions reparurent; l'inflammation s'étendit aux testicules; une suppuration se manifesta dans le gauche, malgré l'emploi des sangsues, des cataplasmes, etc. Une ponction donna issue à une once de pus, qui me parut sortir de la tunique vaginale. Après cette évacuation tous les accidents se dissipèrent peu à peu et la convalescence reprit son cours.

» Un mois plus tard, toutes les fonctions s'exécutaient avec une régularité dont M. V. n'avait pas joui depuis 20 ans. Comme il avait beaucoup d'esprit naturel, il racontait de la manière la plus piquante les sensations qu'il avait éprouvées, les opinions qu'il s'était formées sur sa maladie, et surtout les motifs de ses actions les plus bizarres.

» Cependant au bout de deux mois, je le vis reparaître aussi triste que la première fois. Il m'apprit que, tourmenté par des érections fréquentes, il avait pris une maîtresse, avec laquelle il avait plus consulté ses désirs et son amour-propre que ses forces. Ce nouveau régime, qui n'aurait eu rien d'extraordinaire pour un autre, suffit pour rappeler, au bout de quinze jours, l'ancienne irritation des organes génitaux et les accidents qui en avaient été la suite.

» M. V. s'était alors hâté de rompre cette liaison; mais sa santé ne s'était pas rétablie, parce que les pollutions diurnes avaient reparu.

» Je pratiquai une seconde cautérisation semblable à la première, elle eut le même résultat; mais cette fois, M. V., averti par cet échec, mit plus de modération dans sa conduite et retourna dans son pays.

» Le prompt rétablissement des fonctions intellectuelles de M. V. prouve qu'il n'avait pas d'altération cérébrale; les effets de la cautérisation sont aussi péremptoires qu'une autopsie cadavérique. Toutefois, il est probable que les organes génitaux n'étaient pas aussi gravement altérés.

» L'obstination avec laquelle M. V. a combattu le virus vénérien est remarquable par ce caractère de ténacité qui appartient au peuple espagnol; mais nous en avons déjà vu tomber dans la même faute sans avoir jamais eu non plus de symptômes syphilitiques, primitifs ou consécutifs.

» Ces préoccupations sont très-communes chez les malades, et les médecins finissent trop souvent par les partager. Ce sont surtout les sensations pénibles, vagues, contusives, profondes, qui en imposent pour des douleurs *ostéocopes*.

» Cette observation est bien propre à montrer combien il est difficile que les malades s'aperçoivent des pertes séminales qu'ils éprouvent en urinant ou en allant à la selle. M. V. n'avait qu'une seule pensée, c'était la recherche de la cause première de tous ses maux : il a tout sacrifié à cet ardent désir. C'est uniquement dans ce but qu'il est venu à Montpellier étudier la médecine; il était sur la voie puisqu'il pensait toujours à la blennorrhagie qui avait précédé l'altération de sa santé. Cependant, après quinze ans d'observations journalières sur lui-même, après sept ans d'études médicales, il ne se doutait pas encore de l'existence de ces pollutions diurnes : ce n'est même

pas sans peine qu'il s'est décidé à s'en occuper.

» Qu'on juge par là du nombre des *hypochondriaques* qui doivent se trouver dans le même cas ! » (Lallemand, *Des pertes séminales involontaires*, tome I, page 156.)

Traitement des pertes séminales involontaires. La même règle, qui nous a servi à établir le pronostic, doit encore nous guider dans l'exposition du traitement; c'est-à-dire que, le traitement des pollutions variant comme leur cause ou leur nature, nous devons faire connaître successivement les moyens curatifs que réclame chaque cas particulier.

a. *Traitement des pollutions résultant d'une affection du rectum.* Lorsque les *ascarides vermiculaires* ou *oxyures*, petits vers blancs, d'environ un centimètre de longueur et pointus par leurs deux bouts, siégent dans l'extrémité inférieure de l'intestin, leur présence s'y révèle par plusieurs symptômes, dont un des plus constants est une démangeaison à la marge de l'anus. La muqueuse qui revêt les sphincters est injectée, et enduite de mucosités abondantes, quelquefois sanguinolentes. Cette membrane est parsemée d'une multitude de petits points rouges évidemment dus aux piqûres produites par la queue des oxyures. Ce qui prouve ce fait, c'est qu'il arrive souvent que les malades excités par une acuité soudaine de la démangeaison portent le doigt sur le point souffrant, et ramènent avec l'ongle le ver qui les piquait. Les selles sont ordinairement enduites de mucosités ou striées de sang. Il n'est pas rare non plus que l'irritation de l'intestin ne détermine plus fréquemment l'évacuation, qu'il y ait diarrhée.

On voit aussi quelquefois des élancements douloureux qui s'étendent de la racine de la verge à l'extrémité du gland, à peu près comme dans la pierre. Pour expliquer ce phénomène, M. Raspail admet que la queue des oxyures, traversant l'intestin, atteint la prostate et la portion membraneuse de l'urètre, et même les vésicules séminales. (*Gazette des hôpitaux*, 19 novembre et 1er décembre 1839.)

Cette hypothèse nous paraît inutile pour rendre compte de ces effets éloignés des ascarides vermiculaires. Ces effets ne résultent-ils pas tout simplement de la propagation de l'irritation produite sur l'intestin même par ces entozoaires?

Quoi qu'il en soit, ces vers sont rendus en plus ou moins grand nombre avec les garde-robes, et c'est un de leurs signes les plus concluants et les plus faciles à constater.

Cette cause de spermatorrhée une fois reconnue, la thérapeutique est très-clairement indiquée. Les ascarides vermiculaires, habitant surtout la partie inférieure du gros intestin, sont tout à fait à la portée des médicaments. Le moyen le plus simple est l'eau froide. Quand elle ne les tue pas, elle les engourdit, et si elle a été injectée en assez grande abondance pour être rendue avec impétuosité elle les détache et les entraîne en grand nombre. L'eau froide exerce donc sur le ver une action toxique et une action mécanique; des lavements et des douches d'eau froide peuvent donc s'employer avec avantage. Il ne faut pas que le liquide soit d'abord à une température au-dessous de 25, 15, 10 degrés. Trop froid, il exposerait à un accident tout opposé à ce qu'on en attend; il pourrait déterminer dans l'intestin des contractions spasmodiques qui, en gagnant par *consensus* la vésicule séminale, occasionneraient des pertes. Le même danger fait proscrire une température trop basse dans le liquide quelconque dirigé dans l'intestin contre les ascarides; on sait qu'une température trop élevée offre un inconvénient analogue.

Si l'eau froide ne suffit pas, on peut recourir à l'eau salée, aux infusions d'armoise, d'absinthe, etc., à des lavements purgatifs. M. Cruveilhier a fait disparaître, par un moyen très-simple, les douleurs que causaient les ascarides à la marge de l'anus; ce professeur prescrivait l'introduction d'onguent napolitain dans la partie inférieure du rectum. Mais ce médicament ne pouvant pas être porté assez haut, n'a guéri que pour peu de temps; les ascarides, que leur situation élevée avait mis à l'abri du mercure, n'ont pas tardé à descendre et à venir prendre la place des morts, et les mêmes

douleurs ont recommencé. (*Dictionn. de médecine et de chirurg. pratiques,* art. ENTOZOAIRES.)

Cette dernière raison empêche quelquefois le succès complet des substances les plus actives, administrées par l'extrémité terminale du tube digestif, et l'on est obligé de faire prendre des médicaments par la bouche. Le calomel est un de ceux qui réussissent le mieux. Du reste, nous n'insistons pas davantage sur les moyens de combattre les oxyures, le sujet devant être traité avec tous les développements qu'il comporte dans notre *Traité des maladies des enfants.*

Si la *constipation* est une des causes de la spermatorrhée, elle peut aussi en être l'effet; il est donc toujours important de la combattre. On possède, pour atteindre ce but, une foule de moyens qu'il est inutile de rappeler. Nous ne ferons qu'une remarque sur leur emploi, c'est que la dose n'en doit pas être trop forte à cause de l'irritation locale qui en serait la conséquence, et qui ne manquerait pas de retentir sur la spermatorrhée, et d'ajouter encore à sa gravité, au moins momentanément. La même raison dit aussi, qu'il est convenable de ne recourir aux drastiques qu'avec la plus grande précaution. Voici une observation où des moyens plus doux furent employés avec succès dans un cas où la spermatorrhée était consécutive à la constipation, consécutive elle-même à l'usage du quinquina à fortes doses.

OBS. 30. « *Fièvre intermittente. Bols de quinquina. Constipation opiniâtre*; *pollutions diurnes*; *symptômes de gastrite chronique et de maladie du cœur. Douches abondantes*; *amélioration rapide.*

» Un officier, d'environ trente ans, vint me consulter, en 1828, pour une maladie du cœur dont il se disait atteint depuis dix-huit mois environ. Il était grand, maigre, très-pâle; sa voix avait quelque chose de voilé; ses manières annonçaient une timidité qui ne s'accordait pas avec sa profession. J'examinai la région du cœur avec le stéthoscope; les battements étaient précipités, tumultueux, quelquefois même irréguliers, intermittents; mais ils n'étaient remarquables ni par la force, ni par l'étendue; on n'entendait aucun bruit de soufflet ou de râpe; les palpitations augmentaient pendant une marche rapide, surtout ascendante; mais elles survenaient quelquefois pendant le repos le plus absolu, par l'influence d'un bruit inattendu, d'une simple émotion morale. Je déclarai donc au malade qu'il n'avait pas de lésion organique du cœur. Quelques instants après, son pouls avait repris sa régularité ordinaire. Voici ce qu'il m'apprit, lorsqu'il fut plus tranquille.

» Étant en Corse dans l'hiver de 1826, il était allé porter des secours dans un incendie qui avait éclaté subitement au milieu de la nuit; ayant extrêmement chaud, il s'était mouillé, et n'avait pu changer de vêtements que fort tard; peu de temps après, il avait été pris d'une fièvre intermittente très-rebelle, contre laquelle on lui avait prescrit, à diverses reprises, une grande quantité de quinquina, presque toujours sous la forme de bols. Depuis cette époque, il fut sujet à une constipation opiniâtre, son estomac devint très-irritable, ses digestions se dérangèrent; il éprouva plusieurs fois des symptômes de gastrite chronique qui furent combattus par des sangsues, un régime sévère, des bains, etc. Enfin, peu à peu se manifestèrent des palpitations, des étouffements qui firent croire à une maladie du cœur, contre laquelle on employa surtout de petites saignées souvent répétées, la digitale, etc., sans aucun succès. Il attribuait la constipation et l'irritation des organes digestifs au quinquina qu'il avait pris, et l'affection du cœur aux émotions qu'il avait éprouvées pendant l'incendie.

» Après quelques jours d'observation, je découvris comment l'administration de cette grande quantité de quinquina se liait avec ces symptômes. La constipation opiniâtre, qui en était résultée, avait provoqué des pertes séminales pendant les efforts de la défécation; d'abord légères et rares, elles étaient devenues plus abondantes, plus faciles, et avaient fini par être habituelles, malgré l'usage répété des lavements. Le malade s'en était aperçu dès le principe; mais il attribuait ces évacuations à la continence absolue qu'il gardait depuis le commen-

cement de sa maladie. En examinant ses urines à diverses reprises, je constatai qu'elles contenaient quelquefois du sperme. D'un autre côté, les érections avaient diminué peu à peu; depuis un an, elles avaient cessé complétement, ainsi que les désirs vénériens; du reste, le malade n'avait à se reprocher d'excès d'aucun genre, et n'avait jamais eu de blennorrhagie ni de syphilis.

» Les douches ascendantes fraîches, le lait glacé coupé avec l'eau de Spa, des lotions froides sur le périnée, produisirent une amélioration prompte. L'époque des eaux étant arrivée, je conseillai au malade celles de Baréges. Je n'ai plus eu de ses nouvelles. » (Lallemand, *Des pertes séminales involontaires*, t. II, p. 1.)

Il ne faut pas d'ailleurs s'attendre à voir cesser la spermatorrhée aussitôt que cesse la constipation qui l'a occasionnée. Dans ces cas, en apparence si simples, les pertes séminales se sont quelquefois montrées très-rebelles. On devra alors se régler sur l'état congestif ou atonique des organes séminaux, et prescrire des antiphlogistiques ou des analeptiques.

Les *fissures* et les *fistules à l'anus* se traitent par des moyens trop connus pour qu'il soit utile de s'y arrêter. Nous en dirons seulement un mot au point de vue qui nous occupe. La mèche que l'on introduit dans le rectum après l'incision des sphincters produit souvent des spasmes, qui, n'étant jamais sans inconvénient, en ont un tout spécial ici. Ce spasme, joint à celui qui naît de l'irritation, se propage très-aisément aux réservoirs du sperme et en augmente les pertes. C'est donc ici le cas d'imiter la conduite des chirurgiens anglais, de ne pas mettre de mèche.

Une observation, qui est loin d'être sans importance, c'est que les lavements employés pour combattre la constipation, font disparaître ce principal symptôme de la fissure, et amènent dans l'anus un état de calme qui permet, sans trop de douleur, l'introduction du doigt. Ces deux circonstances, cette absence des deux symptômes les plus ordinaires de la fissure à l'anus peuvent la faire échapper à l'attention du médecin qui dirige vainement ses moyens d'un autre côté. Pour montrer jusqu'à quel point ce cas est insidieux, il suffira de dire qu'il en a imposé pendant trois mois à M. Lallemand.

Les *hémorrhoïdes*, dont le mode d'action sur la spermatorrhée est le même que celui des causes précédentes se guérissent par un régime doux, principalement végétal et lacté, par des bains et des lavements frais, des suppositoires narcotiques, etc.

Si ces moyens simples échouent, un coup de lancette sur la tumeur la plus tendue amène souvent une évacuation qui met fin à la crise.

Lorsque les tumeurs hémorrhoïdales sont assez nombreuses, assez volumineuses pour déterminer la constipation, malgré les efforts que l'on fait pour la combattre, lorsque surtout une dégénérescence est à craindre, il faut enlever les hémorrhoïdes en les disséquant de haut en bas, et en touchant les parties avec le fer rouge, à mesure que le bistouri les met à nu. C'est le plus sûr moyen d'éviter les hémorrhagies consécutives. On sait qu'il était employé par Dupuytren et qu'il est fortement recommandé par M. Lallemand.

Un *polype*, une tumeur *squirrheuse du rectum* pourraient la déterminer par la compression des vésicules séminales pendant les efforts de la défécation, et surtout par l'extension de l'irritation locale. C'est un des cas où la disparition de la cause a été le plus rapidement suivie de la disparition de l'effet. Il faut cependant, pour pouvoir compter sur un succès aussi complet, il faut, disons-nous, que l'irritation des vésicules séminales soit légère ou qu'il n'y ait même qu'un spasme par *consensus*, ou une simple compression produite par une constipation due elle-même à une cause mécanique facile à combattre, comme chez ce malade dont nous abrégeons l'histoire.

Obs. 51. « Un conducteur de diligence, eut, à vingt-cinq ans, un chancre, des poireaux et un bubon. Il traita cette violente syphilis par le sublimé en dissolution et les pilules mercurielles. Tous les symptômes disparurent au bout de six semaines, malgré les fatigues causées par ses voyages multipliés. Quelque

temps après, il éprouva de la gêne dans la défécation ; cette difficulté augmenta peu à peu, au point que, depuis quatre ou cinq ans, cette fonction ne s'accomplissait qu'à l'aide d'efforts considérables ; les matières fécales sortaient aplaties comme un ruban de 4 à 5 lignes de largeur sur une ligne d'épaisseur.

» Depuis ce moment, diminution de l'appétit ; digestions laborieuses, accompagnées d'une grande quantité de vents ; augmentation de la maigreur et de la faiblesse ; perte de la mémoire ; les fonctions des organes génitaux subirent les mêmes changements. Lorsque je vis le malade, les désirs vénériens étaient presque nuls, les érections incomplètes, la verge n'acquérait plus le même développement, la même consistance qu'autrefois ; le coït ne pouvait plus avoir lieu que très-rarement, et l'éjaculation se faisait attendre très-long-temps ; quelquefois elle était impossible, elle n'était jamais accompagnée d'un plaisir bien vif.

» Depuis quatre ans, perte de sperme en allant à la selle ; cette évacuation était en proportion des efforts qu'il faisait pour expulser les matières fécales ; régime végétal et lacté, pour conserver un état mou à ces matières. Le malade veut essayer de prendre des lavements, il ne peut y réussir.

» Épuisement considérable du malade.

» A deux pouces de l'orifice de l'anus, existait une cloison d'une demi-ligne d'épaisseur, à peu près circulaire, percée vers son centre d'une fente irrégulière, qui n'admettait que l'extrémité du doigt indicateur. C'était cette espèce de diaphragme qui mettait obstacle à l'issue des matières fécales. Cette membrane était mince, souple et indolente ; évidemment, c'était une cicatrice.

» Incisions cruciales à l'aide d'un bistouri droit boutonné. Ces incisions furent peu étendues, elles furent agrandies en introduisant le doigt profondément, et en appuyant fortement dans la direction de chaque plaie, jusqu'à ce que la déchirure de la membrane eût atteint la paroi de l'intestin. Quatre lambeaux en résultèrent, leur réunion fut empêchée par l'introduction fréquente du doigt.

» L'opération fut peu douloureuse et ne donna lieu qu'à une perte de sang insignifiante. J'appris au malade à s'introduire dans le rectum un cône en buis, pour dilater la cloison incisée ; je lui recommandai de le faire pénétrer aussi profondément qu'il le pourrait, de le laisser peu de temps en place, mais de renouveler son application plusieurs fois par jour.

» Ce simple moyen suffit pour procurer la cicatrisation isolée de ces quatre lambeaux flottants. A partir de ce moment, les matières fécales furent expulsées sans difficulté ; les pertes séminales n'eurent plus lieu et, quoique le conducteur eût repris son service, toutes les fonctions ne tardèrent pas à rentrer dans leur état normal. » (Lallemand, *Des pertes séminales involontaires*, t. I, p. 228.)

Mais si, au lieu d'une compression ou d'une simple irritation spasmodique, les vésicules séminales étaient le siége d'une inflammation réelle, les pollutions seraient plus rebelles ou mettraient plus de temps à se dissiper. La promptitude de la réussite dans le cas suivant montre que le mal n'avait pas atteint un degré avancé.

Obs. 32. « *Pertes séminales provoquées par une diarrhée chronique, entretenues ensuite par un obstacle mécanique à la défécation ; ablation de la tumeur squirrheuse de l'anus : guérison prompte et complète.*

» M..., d'une forte constitution, entra au service militaire à 17 ans, fit la guerre pendant dix-huit, eut par conséquent à supporter bien des souffrances et des privations : il fit aussi beaucoup d'excès de tout genre. Sa santé n'en éprouva cependant aucune altération.

» En 1814, M..., âgé de 35 ans, contracta une blennorrhagie qu'il négligea : l'écoulement diminua, mais ne disparut complétement qu'en 1816, époque à laquelle M... se retira du service et mena une vie régulière.

» En 1820, M... se maria et usa sobrement du coït ; mais, étant devenu concierge d'une Société, il passa un grand nombre de nuits presque sans se coucher. En 1824, il fut pris brusquement de

fortes coliques qui diminuèrent beaucoup sous l'influence de lavements adoucissants, de bains répétés et d'un régime sévère, mais ne disparurent pas complétement. Deux ans après, il eut une forte hémorrhagie du gros intestin, accompagnée d'un ténesme très-douloureux, et il remarqua qu'il rendait du sperme par la verge pendant les violentes épreintes qui accompagnaient la défécation.

» Cette hémorrhagie calma les tranchées, mais il resta une dysenterie qui entretint le ténesme ainsi que les pertes séminales, et provoqua la sortie de plusieurs tumeurs hémorrhoïdales, avec renversement de la membrane muqueuse du rectum. Dès lors la santé de M... s'altéra de plus en plus : il perdit sa gaieté et son activité, cessa d'éprouver des désirs vénériens et sentit sa vue s'affaiblir, en même temps que sa mémoire et ses forces physiques : enfin, en 1827, il se vit forcé de renoncer à son service de concierge.

» En 1827 et 1828, la dysenterie diminua d'intensité ; en 1829, elle devint intermittente et rare ; enfin, en 1830, elle fut remplacée par une constipation des plus opiniâtres, qui devint à son tour cause de pertes séminales, et augmenta le bourrelet formé par le rectum et quelques tumeurs hémorrhoïdales. Ce bourrelet devint irréductible, se durcit, s'irrita par le frottement et finit par prendre un caractère squirrheux. Sa présence seule était un obstacle à la défécation.

» Le 28 mars 1831, M... entra à l'hôpital Saint-Éloi dans l'état suivant :

» Cinquante et un ans, maigreur extrême, face pâle et jaunâtre, peau velue, cheveux noirs, faiblesse excessive, susceptibilité très-grande, tristesse profonde, hypochondrie habituelle, digestion pénible, surtout après l'usage des substances animales ; défécation gênée par un bourrelet rouge, dur, de cinq à six lignes d'épaisseur à sa base, saillant d'un pouce, occupant la moitié de la circonférence de l'anus ; pertes séminales pendant les efforts nécessaires pour la sortie des matières fécales, expulsion des urines suivie de l'écoulement d'une matière glaireuse, limpide et filante ; érections nulles depuis long-temps, absence de tout désir vénérien, vertiges fréquents, éblouissements, tintements d'oreilles, bouffées de chaleur à la tête pour la moindre cause.

» Le bourrelet dont j'ai parlé ressemblait assez à une grosse crête de coq ; des hémorrhoïdes flétries existaient dans son voisinage : il était donc dû à la sortie d'hémorrhoïdes internes, qui avaient entraîné une portion de la membrane muqueuse du rectum : la contraction des sphincters s'était opposée à la rentrée de la tumeur et avait augmenté sa tuméfaction ; le frottement avait provoqué l'inflammation répétée de ce tissu et sa dégénérescence.

» La base occupait plus de la moitié de la circonférence de l'anus et remontait jusqu'au-dessus des sphincters : elle avait six lignes d'épaisseur ; sa consistance était squirrheuse ; sa surface laissait exsuder une sanie d'une odeur cancéreuse bien prononcée, quelques points même commençaient à s'ulcérer ; il était évident qu'il n'y avait pas de temps à perdre, si l'on voulait enlever cette tumeur : le malade était disposé à se faire opérer, il s'était même adressé dans cette intention à plusieurs praticiens distingués ; mais ils avaient refusé de se charger de l'exécution à cause de la profondeur à laquelle s'étendait l'altération.

» En exerçant une traction lente et graduée sur la tumeur, je vis que je pouvais amener au dehors les portions saines de la membrane muqueuse et par conséquent enlever la totalité de la maladie : quant à l'hémorrhagie, je pensai qu'il serait facile de l'arrêter en cautérisant les parties à mesure qu'elles seraient divisées.

» Le 25 mars, ayant amené hors des sphincters la base de la tumeur, je commençai son ablation par une incision pratiquée sur la membrane muqueuse saine, et je cautérisai immédiatement le fond de la plaie avec un fer rouge, mince et arrondi ; je disséquai alors la base de la tumeur en procédant par les parties les plus profondes, et je cautérisai à mesure qu'elles étaient mises à nu, avant qu'une nouvelle dissection leur permît

de remonter au-dessus des sphincters, en me servant des parties qui n'étaient pas encore séparées pour retenir la surface saignante à portée de la vue. Après l'enlèvement complet de la tumeur, la plus grande partie de cette plaie, charbonnée par le fer rouge, remonta entre les sphincters et même beaucoup au-dessus.

» Après quelques symptômes inflammatoires, combattus par la saignée, les bains, les boissons émollientes, etc., la suppuration s'établit, le gonflement récent des ganglions inguinaux se dissipa et la cicatrisation s'opéra peu à peu sans accident.

» Je dois faire observer seulement que, dans les premiers jours, le malade ne put vider sa vessie sans le secours de la sonde, et qu'ensuite, pendant quelque temps, il urina très-fréquemment.

» Le 1er mai la cicatrice était presque terminée ; les matières fécales avaient repris leur consistance ordinaire, elles étaient rendues tous les jours avec facilité ; depuis long-temps leur expulsion n'occasionnait plus de pertes séminales : le malade avait repris sa gaieté et son énergie, l'appétit était revenu, les digestions s'opéraient avec facilité, les forces et l'embonpoint augmentaient de jour en jour.

» Vers le milieu du mois les érections reparurent pendant la nuit, elles devinrent ensuite de plus en plus fréquentes et prolongées ; les fonctions cérébrales suivirent la même progression dans leur rétablissement, les éblouissements, les congestions, disparurent, et M... sortit de l'hôpital, le 24 mai, complétement guéri.

» Trois ans après, étant à Clermont pour présider le jury médical, je reçus la visite de M... : il me témoigna long-temps sa gratitude avant que j'eusse pu le reconnaître ; le récit de son opération put à peine me mettre sur la voie, tant sa physionomie, radieuse et animée, avait changé d'expression. Je n'ai pas besoin de dire qu'il avait repris ses habitudes conjugales et son service de concierge.

» La cicatrice de l'anus était mince, souple et ne gênait en rien la défécation.

» Les résultats de l'opération prouvent suffisamment que les pertes séminales n'étaient plus entretenues depuis long-temps que par l'obstacle mécanique apporté à l'expulsion des matières fécales. Mais la diarrhée qui avait provoqué la sortie des hémorrhoïdes et le développement de la tumeur squirrheuse, était accompagnée de pertes séminales fréquentes.

» A cette époque les vésicules séminales ne pouvaient être comprimées par les matières fécales, qui étaient liquides et séjournaient à peine quelques minutes dans le rectum : les pertes séminales qui avaient lieu pendant la défécation ne pouvaient être dues à la compression mécanique des réservoirs de la semence. Il faut donc nécessairement admettre que les vésicules séminales participaient à l'irritation du rectum ; qu'elles entraient en contraction en même temps que lui, qu'elles recevaient l'influence du ténesme provoqué par l'arrivée des matières fécales dans sa cavité.

» Ainsi, cette observation nous offre un exemple remarquable de la double influence que le rectum peut exercer sur les vésicules séminales : de nature essentiellement *vitale* dans le principe, elle était restée purement *mécanique*. Ces deux ordres de phénomènes produisirent les mêmes résultats ; mais ils furent assez distincts pour ne pouvoir pas être confondus. Il n'en est pas de même dans beaucoup de cas où leur action simultanée n'a pas été bien appréciée.

» Il est remarquable aussi que ce malade, après l'opération, ait été plusieurs jours sans pouvoir vider spontanément sa vessie, et qu'il ait éprouvé plus tard un fréquent besoin d'uriner.

» Ces deux phénomènes prouvent l'étroite liaison qui existe entre la marge de l'anus et le col de la vessie. Cette observation semble donc destinée à nous montrer sous tous ses rapports l'influence du rectum sur les organes génito-urinaires. » (Lallemand, *Des pertes séminales involontaires*, t. I, p. 252.)

Les *cicatrices* de la marge de l'anus qui amènent la spermatorrhée par suite

de l'obstacle qu'elles apportent à l'évacuation régulière de l'intestin, doivent être incisées, en un mot traitées par une méthode qui rende autant que possible à l'anus sa dilatabilité normale. On peut voir dans l'observation 58e de l'auteur que nous venons de citer, un exemple intéressant des effets de ces cicatrisations.

b. *Traitement des pollutions produites par les affections des organes extérieurs de la génération.* La plus commune de ces causes est l'accumulation de la *matière sébacée* dans le *prépuce.* Quel en est le traitement? Dans certains cas des soins de propreté suffisent; en effet, lorsque l'ouverture du prépuce n'est pas trop étroite, que le gland peut se découvrir, des lotions répétées plusieurs fois par jour peuvent empêcher la matière sébacée de s'accumuler au point de contracter des propriétés irritantes. Il est possible même, en rendant ces lotions médicamenteuses, de réduire la sécrétion sébacée à ses conditions normales, comme cela eut lieu dans le cas suivant :

« Un étudiant éprouvait des pollutions nocturnes qui avaient causé chez lui un tel affaiblissement de l'intelligence qu'il avait été obligé de suspendre ses études. Rien n'avait pu enrayer cette spermatorrhée. M. Lallemand trouva sur le gland une couche épaisse et concrète de matière sébacée qui l'enveloppait tout entier. Cet organe était très-rouge et d'une excessive sensibilité, ainsi que le méat urinaire. Les sentiments religieux de ce jeune homme l'avaient garanti de toute espèce d'abus et d'excès. Il était même d'une telle retenue à cet égard qu'elle l'avait empêché d'apercevoir cette accumulation de matière sébacée. Du reste, le prépuce était trop long et son ouverture trop étroite. Le chirurgien se contenta de faire pratiquer deux fois par jour des lotions avec l'eau de savon légèrement alcoolisée. Huit jours après les pollutions avaient complétement cessé, l'intelligence se rétablit et les études purent bientôt être reprises. » (Voy. Lallemand, *l. cit.*, t. III, p. 281.)

Mais M. Lallemand semble regarder comme exceptionnel le cas où ce traitement, ces simples soins sont suffisants; suivant lui le plus souvent l'opération du phimosis est indiquée. M. Civiale fut obligé d'y recourir dans ce fait que nous lui empruntons :

Obs. 53. « Un Irlandais de 23 ans, déjà épuisé par des excès de femmes, vint me consulter pour des difficultés d'uriner qu'il éprouvait depuis plusieurs semaines. En recherchant la cause de cette indisposition, j'appris que le malade ressentait dans l'urètre une ardeur continuelle qui faisait naître un besoin irrésistible d'éjaculer. Pour satisfaire à ce besoin il s'était successivement adonné à la masturbation et au coït sans réserve. Déjà il avait eu de fréquentes pollutions nocturnes, il avait maigri, un cercle bleuâtre entourait ses yeux, et sa vue était troublée; cependant il ne s'occupait que de la difficulté d'uriner. Le prépuce, étroit et long, ne permettait pas de découvrir le gland, et les soins de propreté avaient été totalement négligés. Je divisai le prépuce par une incision simple; pendant plus d'un mois il n'y eut que deux ou trois pollutions. Lorsque la cicatrisation eut fait quelques progrès, j'introduisis des bougies qui diminuèrent la sensibilité de l'urètre. Tous les phénomènes morbides disparurent peu à peu et le sujet se rétablit dans un laps de temps assez court. » (Civiale, *lieu cité*, IIe part., p. 175.)

M. Lallemand ne veut pas que l'on se contente de fendre le prépuce, dans la crainte que la matière sébacée ne s'accumule encore sous les lambeaux. Suivant l'habile chirurgien le prépuce doit être coupé circulairement. Accordant une grande importance à cette cause de pollutions, et il a en effet recueilli vingt-cinq observations où son action a été incontestable, il passe en revue les différents procédés de l'opération du phimosis, et donne la préférence à celui qui consiste à fendre longitudinalement le prépuce sur sa face dorsale jusqu'à la base du gland, et à réséquer ensuite les deux lambeaux latéraux. M. Lallemand insiste sur la nécessité de bien faire saillir la pointe du bistouri boutonné de cire sous la peau, afin d'éviter que, dans les mouvements du malade, il ne glisse dans l'urètre à l'insu de l'opérateur et ne

fende le gland avec le prépuce. Pour nous, nous aurions plus volontiers recours au procédé de M. Vidal de Cassis. Dans ce procédé, on commence par tirer le prépuce sur le gland, à traverser, à l'aide d'une aiguille, le prépuce au-devant du gland avec deux fils qui se croisent à angle droit; cela fait, on coupe le prépuce avec des ciseaux au-devant des fils, puis on coupe les fils à leur entre-croisement sur le gland, et on dispose les quatre fils de manière à pratiquer quatre points de suture qui mettent en contact la partie saignante de la muqueuse avec la peau. La cicatrisation est prompte et le résultat parfait, sous le rapport de la conformation de l'organe surtout. Il rend impossible, comme le veut M. Lallemand, l'accumulation ultérieure de la matière sébacée sous le gland. Nous ne nous arrêterons pas à la description détaillée et comparative des procédés opératoires, notre but se borne ici à signaler les points spécialement relatifs à la guérison de la maladie qui nous occupe en ce moment.

Les *dartres* qui se développent tant sur la face externe que sur la face interne du prépuce, sur le scrotum, à la marge de l'anus, et qui occasionnent la spermatorrhée, par le mécanisme que nous avons indiqué, se traitent suivant la nature de l'éruption; mais quelle que soit la médication locale que réclame l'affection, on se trouve en général très-bien des bains hydrosulfureux, et c'est, suivant M. Lallemand, par là qu'il faut toujours commencer.

c. *Traitement des pollutions dépendant des affections de l'urètre.* L'*urétrite* aiguë ou chronique nons occupera longuement dans notre *Traité des maladies vénériennes*, nous ne pouvons ici qu'en dire deux mots. La blennorrhagie devra être combattue par les antiphlogistiques, le cubèbe et le copahu, et la blennorrhée par les mêmes moyens, plus par les injections astringentes.

Les *rétrécissements de l'urètre*, les affections de la prostate réclament un traitement exposé plus haut avec toute l'importance qu'il comporte, et qui ne nous permet pas d'y revenir ici.

Quant à la spermatorrhée produite par la syphilis, son traitement ainsi que sa physionomie sont trop bien exposés dans l'observation suivante pour que nous ne nous fassions pas un devoir de la rapporter; elle offre d'ailleurs l'intérêt tout particulier d'avoir été faite par un médecin sur lui-même.

Obs. 34. « *Constitution faible, excès précoces, blennorrhagie, syphilis, pollutions diurnes, symptômes cérébraux, etc.; insuccès des moyens ordinaires, cautérisation, bains hydro-sulfureux, guérison; rechute, symptômes vénériens consécutifs, traitement antisyphilitique, guérison définitive.*

» L'observation suivante m'a été envoyée par un praticien distingué, que j'ai eu le bonheur de tirer d'une position déplorable; elle est peut-être un peu longue, mais les détails précieux dont elle est remplie m'ont empêché d'en rien retrancher.

» Je suis né très-faible, avec une hernie inguinale. J'ai été sujet, dans mon enfance, à une otorrhée purulente très-abondante et très-tenace, surtout à gauche. Je me suis cependant fortifié par un exercice habituel au milieu des champs, un régime substantiel et l'usage fréquent des bains de rivière : à treize ans j'étais aussi robuste que la plupart de mes camarades.

« A cette époque, une jeune fille ardente, mais circonspecte, éveilla chez moi des érections prématurées, et en abusa pour assouvir ses désirs jusqu'au moment où des émissions séminales lui inspirèrent des craintes. J'appris à mon tour à sa sœur cadette tout ce que je savais. Ces jouissances précoces développèrent des besoins factices qui me conduisirent à la masturbation, lorsqu'il me fut impossible de les satisfaire autrement.

» A seize ans je contractai une blennorrhagie, que je cachai avec soin et qui se dissipa lentement sous l'influence de boissons rafraîchissantes, de bains tièdes et d'un régime sévère. L'écoulement reparut deux fois dans la même année, après un usage immodéré de bière nouvelle; depuis lors il s'est renouvelé sou-

vent, à la suite d'une marche forcée, d'un refroidissement ou d'une course à cheval.

» A dix-huit ans j'obtins un rendez-vous d'une femme que j'aimais beaucoup, mais j'éprouvai une telle agitation qu'il me fut impossible d'en profiter. J'attribuai cette catastrophe à l'excès de ma passion; mais j'en conçus un profond chagrin et une grande défiance de moi-même.

» Je fus plus heureux l'année suivante avec une autre femme; mais je payai cher les excès auxquels je me livrai pendant cette nuit: le lendemain mon écoulement reparut avec force; il me survint ensuite une inflammation des testicules; l'épididyme du côté droit resta engorgé pendant cinq ou six mois.

» Depuis lors ma santé s'altéra de plus en plus; j'eus la jaunisse, des accès de fièvre, des douleurs vagues dans tout le corps et des maux d'estomac; je devins très-impressionnable au froid, à la chaleur, à l'humidité, à tout changement atmosphérique un peu brusque. L'altération de ma santé me fit renoncer à la carrière militaire et me conduisit à l'étude de la médecine.

» Arrivé à Paris, je remarquai que le froid humide des amphithéâtres de dissection provoquait facilement le retour de mon écoulement; que la station assise, trop long-temps prolongée, échauffait le périnée, y provoquait de la pesanteur, des élancements.

» Ces phénomènes augmentèrent au point que je crus avoir la pierre: j'éprouvais une douleur cuisante à la fosse naviculaire; j'urinais très-souvent et avec douleur, les dernières gouttes d'urine étaient filantes, glaireuses et produisaient au col de la vessie la sensation d'un fer rouge. J'étais déterminé à me faire opérer; mais le professeur Boyer, avant de me sonder, me prescrivit des bains qui calmèrent l'irritation. Les vacances arrivèrent, et l'exercice dissipa tous ces symptômes.

» L'année suivante je travaillai nuit et jour pour me préparer à un cours: mes digestions se dérangèrent, j'eus une diarrhée accompagnée de violentes épreintes; en allant à la selle je rendis souvent du sperme en abondance. Trop préoccupé pour donner à cette circonstance toute l'importance qu'elle méritait, je voulus continuer; mais j'éprouvai des étourdissements, des tintements d'oreilles, des défaillances, je ne compris plus rien, je fus obligé de renoncer à toute occupation; il me semblait à chaque instant que j'allais avoir une *attaque d'apoplexie*.

» La troisième année je fus sujet à des palpitations qui me firent croire à un anévrisme du cœur; plus tard j'éprouvai des douleurs dans la poitrine; une toux opiniâtre, et je me persuadai que j'étais phthisique. Enfin, après ma réception, je partis pour mon pays, maigre, jaune et fort triste. Le mouvement de la voiture rappela encore mon écoulement.

» Peu de temps après mon arrivée je contractai une maladie vénérienne, que je traitai par les pilules mercurielles. Ce traitement acheva de ruiner ma santé et je le cessai dès que les symptômes extérieurs eurent disparu. J'éprouvai alors une *gastrite chronique*, accompagnée d'une constipation opiniâtre et d'une profonde hypochondrie.

» Les flatuosités dont j'étais tourmenté me firent rechercher la solitude; quand je les retenais, j'éprouvais bientôt un mouvement général dans l'abdomen: je les sentais s'accumuler dans l'estomac et le distendre outre mesure; il me semblait qu'une main de fer produisait une espèce d'étranglement intérieur qui leur fermait tout passage; l'abaissement du diaphragme était empêché par la violence des douleurs et par la distension du ventre; je me sentais prêt à étouffer, la face devenait cramoisie, une sueur copieuse couvrait tout mon corps; enfin cette espèce d'étranglement cessait et j'étais délivré; mais je conservais pendant plusieurs jours de la fatigue et une teinte ictérique.

» Pendant deux ans je combattis cette *gastrite chronique* par les sangsues, les bains, les lavements, le régime végétal le plus sévère; je vécus même pendant dix-huit mois de lait; le tout sans succès. J'éprouvais un besoin continuel de manger, et dès que j'avais pris quelque ali-

ment un peu substantiel j'étais accablé par le travail de la digestion.

» Enfin, je remarquai que je rendais du sperme dans les violents efforts provoqués par la constipation, et bientôt je m'assurai que j'en perdais même en urinant.

» Alors seulement je compris la cause de tous mes maux ; je me hâtai de faire venir la traduction de Wichmann par le docteur Sainte-Marie ; je la dévorai avec anxiété, je l'appris par cœur, et je me crus sauvé ; mais je devais éprouver encore bien des désappointements.

» Les bains de rivière, les bains de siége froids, produisirent une impression fâcheuse sur la vessie et les vésicules séminales : quand j'entrais dans l'eau, je sentais ces réservoirs se contracter spasmodiquement, et l'urine que j'étais obligé de rendre contenait un nuage abondant et floconneux, dû à la présence d'une grande quantité de sperme.

» Les lotions froides ne produisirent qu'un effet momentané.

» Les lavements froids excitèrent dans le rectum un ténesme insupportable accompagné de gêne et de pesanteur : ils favorisèrent l'expulsion des matières fécales en provoquant les contractions du rectum ; mais les contractions spasmodiques étaient bientôt suivies de celles des vésicules séminales et d'une perte abondante de semence. Je ne puis assez dire combien les lavements froids m'ont fait de mal.

» La glace que je pris à l'intérieur en grande quantité me donna du ton pendant quelque temps ; elle fit cesser la constipation et provoqua des érections énergiques ; mais elle amena bientôt une inflammation de la vessie et de la prostate, qui se manifesta par une pesanteur douloureuse du côté du rectum, par des élancements derrière les pubis, un besoin pressant et irrésistible d'uriner, un dépôt glaireux et puriforme très-abondant, qui adhérait fortement au fond du vase.

» Les applications de glace sur les lombes et au périnée eurent les mêmes résultats.

» Le quinquina, l'eau de Spa et les toniques produisirent de bons effets pendant un jour ou deux, mais ils augmentèrent bientôt l'irritation de la vessie et du canal ; ils rappelèrent la constipation.

» Attribuant à la présence des matières fécales les pertes séminales qui avaient lieu pendant la défécation, je résolus d'employer le procédé mis en usage par le professeur Boyer contre les fissures de l'anus ; en conséquence, je fendis *moi-même*, devant une glace, les sphincters avec un lithotome que j'avais fait faire exprès. L'expulsion des matières fécales devint plus facile, mais les pertes séminales n'en furent point diminuées.

» J'appliquai des cautères aux lombes et au périnée, pour combattre les douleurs fixées vers le col de la vessie ; j'essayai l'urtication et même l'acupuncture, pour faire cesser les contractions spasmodiques des vésicules séminales, que je sentais très-distinctement, surtout quand j'étais assis : elles faisaient mon désespoir, parce qu'elles annonçaient une pollution inévitable. Ces divers moyens réussirent pendant quelque temps, mais leur effet ne fut jamais durable.

» Je prenais souvent des lavements, avec la décoction de têtes de pavots, pour calmer l'irritation des organes génitaux et me procurer un peu de repos.

» Rien ne peut rendre l'anxiété et le désespoir que me causaient ces longues nuits sans sommeil. Les rêves les plus affreux, les idées les plus noires me conduisaient sans cesse à la pensée du suicide. C'était toujours avec terreur que je voyais arriver le moment de me coucher, et j'attendais l'arrivée du jour comme un bienfait. C'est surtout contre ce supplice que j'employais les lavements narcotiques ; mais ils augmentaient la paresse du rectum et le relâchement des organes génitaux. D'ailleurs ils provoquaient de violents maux de tête et troublaient les fonctions digestives ; ils augmentaient la somnolence habituelle qui me tourmentait pendant le jour, et qui me rendait incapable de toute occupation sérieuse.

» C'est dans cet état de nullité complète, sous tous les rapports, que j'arrivai à Montpellier en 1824, profondément dégoûté de la vie.

» La cautérisation que vous m'avez

pratiquée sur la portion prostatique de l'urètre a été rapide et ne m'a pas causé autant de douleur que je m'y attendais : seulement, pendant vingt-quatre heures, l'émission des urines fut pénible et accompagnée de quelques gouttes de sang. Au reste, cette douleur *franche*, quoique bien plus vive que celle que j'éprouvais avant, me paraissait beaucoup moins désagréable, elle était accompagnée d'un sentiment de force qui me donnait du courage.

» Dès ce moment, il s'opéra dans tout mon corps une révolution complète. De cette époque commença pour moi une nouvelle existence, il me sembla qu'un nuage épais cessait d'envelopper mon cerveau.

» Au bout de huit jours mes urines étaient limpides, leur émission avait lieu avec force ; les selles étaient rendues avec facilité et ne s'accompagnaient plus de pertes séminales. J'éprouvais dans le canal, la vessie et le rectum une vigueur qui me remplissait de confiance. Le sommeil revint. Je pus bientôt manger de tout, et mon appétit fut vorace. Les érections eurent une énergie que je n'avais jamais remarquée.

» Peu de temps après je pris les eaux de Bagnères de Bigorre ; elles ne me produisirent pas l'effet que vous en attendiez ; elles me donnèrent une grande sécheresse à la peau, du dévoiement et des épreintes, elles rappelèrent l'irritation de la vessie, et, avec elle, les pollutions ; mais les eaux de Cauterets dissipèrent tous ces accidents, et je conservai, le reste de l'année, l'amélioration produite par la cautérisation. L'eau de Spa, la glace et les applications froides me firent aussi beaucoup de bien depuis cette époque.

» Au printemps, 1825, j'éprouvai un retour de l'irritation vésicale et prostatique, je l'attribuai à l'influence de la saison. La seconde cautérisation que vous me pratiquâtes alors fut aussi efficace que la première, et les eaux de Baréges me firent encore plus de bien que celles de Cauterets.

» Enfin, en 1827, j'éprouvai un nouveau dérangement aux approches du printemps. Il me survint au sein gauche un gonflement prononcé et douloureux, qui augmentait d'une manière lente et insensible. Je ne savais à quoi rapporter cette tuméfaction, qui m'inspirait de vives inquiétudes, lorsqu'il me vint, à la base du gland, une végétation en forme de chou-fleur, qui me rappela le chancre que j'avais eu à la même place. Les pilules de Sédillot, que vous me conseillâtes, firent disparaître la tumeur du sein et la végétation du gland. Mais je n'en pris pas moins le muriate d'or et le sirop de salsepareille que vous m'aviez recommandés pour plus de sûreté.

» Depuis lors ma santé n'a plus éprouvé la moindre atteinte, et je dois dire même qu'elle est aujourd'hui plus robuste qu'à aucune autre époque de ma vie. Je ferais certainement, *sous tous les rapports*, ce que je n'aurais pu faire à vingt ans. Les érections sont plus énergiques, l'éjaculation n'est plus précipitée : elle est accompagnée de sensations dont la vivacité m'était inconnue. Mes fonctions intellectuelles ont acquis une vigueur nouvelle ; si elles eussent été en aussi bon état lorsque je me trouvais sur les bancs, ma carrière n'eût probablement pas été aussi bornée.

» Toutefois, je m'estime fort heureux d'être délivré de l'épouvantable maladie qui, pendant vingt et un ans, a empoisonné mon existence. J'en suis d'autant plus surpris que je dois y avoir apporté une disposition héréditaire.

» Après avoir étudié sur moi-même les symptômes généraux qui accompagnent les pollutions diurnes, je ne tardai pas à les remarquer sur mon père, et j'appris que depuis trente ans il éprouvait des pertes séminales abondantes en allant à la selle ; pertes dont il n'avait jamais soupçonné le caractère ni la gravité, et auxquelles j'attribuai son état valétudinaire pendant ces trente années.

» En effet, j'ai eu le bonheur de le guérir en le menant avec moi à Aix, et, quoiqu'il eût soixante-cinq ans, il en éprouva une amélioration physique et morale qui dure encore. Je dois ajouter que je ressemble à mon père d'une manière frappante. J'aurais cru mon histoire incomplète si je n'avais pas fait mention de ce qui le regarde.

» Voici encore une observation qui prouve l'importance des faits particuliers dans l'étude des maladies obscures et variées qui nous occupent.

» Nous n'avons pas encore rencontré autant de causes qui aient concouru à produire ou à entretenir les pollutions diurnes.

» Indépendamment de la prédisposition héréditaire, qu'il est difficile de ne pas admettre chez ce malade, il existait une faiblesse originelle de la constitution qui ne pouvait pas disparaître complétement. Des jouissances prématurées et des excès de masturbation durent avoir une influence funeste sur un individu mal disposé à les supporter. Une blennorrhagie dissimulée et mal soignée laissa encore dans les organes génito-urinaires une impression plus grave : la moindre cause rappelait l'écoulement ; l'inflammation finit par s'étendre aux testicules par la voie des conduits excréteurs, et plus tard à la vessie et aux reins. Depuis lors l'existence du malade fut des plus misérables. Il éprouva successivement les symptômes de presque toutes les maladies sans se douter de leur véritable cause. Enfin, il contracta une maladie vénérienne qui acheva de détruire sa constitution.

» Cependant il a fini par triompher de l'influence de toutes ces causes. Ce résultat, remarquable et complet, est bien propre à encourager les malades et les praticiens dans les cas difficiles.

» Cautérisé trois fois, le malade se crut guéri chaque fois, et l'année suivante il éprouva de nouveaux accidents, moins graves que les premiers, mais pourtant de même nature, qui ne disparurent définitivement qu'après un traitement *anti-vénérien*. Il était donc, dans ce cas, indispensable.

» J'ai fait remarquer plusieurs fois combien les malades et les médecins avaient de tendance à croire à l'existence d'un virus vénérien latent, dans le cas de pollutions précédées de blennorrhagie, et combien cette préoccupation était funeste par l'influence qu'elle exerçait sur le traitement. Il était nécessaire de signaler cette dangereuse disposition, mais il ne serait pas moins funeste dans certains cas de donner dans un excès contraire.

» Ce malade avait eu un chancre à la verge ; il n'avait fait qu'un traitement fort incomplet, parce que sa constitution ne supportait pas les mercuriaux : plus tard il lui survint une tumeur au sein gauche dont rien ne pouvait faire soupçonner la nature, puis une végétation à l'endroit où s'était montré le chancre : il n'était pas possible dès lors de méconnaître des symptômes vénériens consécutifs. Les effets du traitement ont bien prouvé que les rechutes avaient été dues à l'existence du virus syphilitique, quoiqu'il n'ait encore manifesté sa présence par aucun symptôme caractéristique.

» Que faut-il conclure de tout ceci ? Que le praticien doit se garder des idées exclusives, des préventions de toute espèce, que, dans les cas douteux, il doit se guider sur les antécédents, et surtout sur les symptômes coexistants ; qu'il peut, quand rien n'a réussi, tenter avec prudence un traitement explorateur ; mais qu'il doit y renoncer dès qu'il en voit les mauvais effets. On a certainement abusé des antivénériens d'une manière déplorable, mais ce n'est pas une raison pour les proscrire.

» Il est bon de remarquer que le malade a parfaitement supporté ce second traitement, quoiqu'il n'ait pu achever le premier. C'est qu'alors sa constitution était déjà bien changée, il avait réparé ses forces ; ses organes avaient perdu leur susceptibilité. Il lui est arrivé la même chose pour la glace et les toniques, pour les bains froids, etc. Ces moyens ne firent d'abord qu'exaspérer l'inflammation chronique des organes génito-urinaires. Mais quand celle-ci eut cédé à l'influence de la cautérisation et des bains sulfureux, ils agirent avec l'avantage qu'on leur a reconnu dans les cas où il n'existe que de la faiblesse.

» C'est pour n'avoir pas fait cette distinction importante, que Wichmann, Sainte-Marie, etc., ont émis beaucoup de propositions générales dont l'application est souvent funeste. » (Lallemand, *Des pertes séminales involontaires*, t. I, p. 169.)

Pour le traitement de la spermatorrhée

syphilitique, cette observation vaut mieux qu'une description ; elle nous en tiendra lieu.

d. *Traitement des pollutions dépendant de l'irritation ou de l'inflammation chronique des réservoirs spermatiques.* Que la phlogose primitive des vésicules séminales, des canaux éjaculateurs ait produit la spermatorrhée, que les pollutions dérivant d'abord d'une autre lésion se soient compliquées plus tard de l'irritation des réservoirs du fluide spermatique, il y a toujours un élément phlogistique à combattre. C'est ce que Hippocrate avait mieux senti que les modernes, car il conseille les lotions tièdes et les lavements émollients, tandis que, ainsi que le fait remarquer M. Lallemand, les médecins de notre temps recommandent les applications froides, les bains de rivière, etc.

Hippocrate savait si bien que cette catégorie renfermait les cas de pollutions les plus nombreux qu'il semble l'avoir seule en vue dans l'admirable et concise description qu'il nous a laissée de la maladie.

« *Consomption dorsale.* La consomption dorsale vient de la moelle. Elle affecte principalement les nouveaux mariés et les libertins. Ils sont sans fièvre, ils mangent bien ; cependant ils dépérissent. Si vous les interrogez, ils disent sentir comme des fourmis descendre de la tête le long du dos. Lorsqu'ils urinent ou qu'ils vont à la selle, ils rendent beaucoup de sperme liquide et la génération n'a pas lieu ; ils ont des évacuations pendant leurs songes, qu'ils couchent avec une femme ou non. Lorsqu'ils marchent ou qu'ils courent, surtout en montant, ils éprouvent de l'essoufflement, de la faiblesse, de la pesanteur dans la tête et des sifflements dans les oreilles. Si, plus tard, ils sont pris de fièvre ardente, ils meurent de lipyrie. Si vous entretenez le traitement de la maladie, fomentez dès le principe toute la surface du corps, purgez par en haut, débarrassez la tête, et donnez ensuite des lavements. Il serait à désirer que ce traitement fût commencé au printemps, qu'on donnât pour boisson du petit-lait ou du lait d'ânesse, et, pendant quarante jours, du lait de vache. Tant que ce régime lacté durera, faites boire, le soir, de la décoction d'orge et défendez tout aliment solide. Ensuite, donnez des aliments mous, en petite quantité dans le commencement, et engraissez le malade autant que possible. Qu'il s'abstienne pendant un an d'excès de boisson et de tout plaisir vénérien, ainsi que de toute fatigue : il pourra néanmoins se livrer à la promenade, en évitant le froid et le soleil. Il prendra des bains tièdes. » (Hippocrate, *Traité des maladies*, § 49.)

L'excellence de ce tableau y ferait sans doute désirer plus de développement, mais avec quelle supériorité les principaux traits de la maladie y sont accusés !

C'est avec une grande raison et par suite de la même idée que le père de la médecine prescrit le régime lacté, le repos et l'abstinence des plaisirs de l'amour ; non-seulement la jouissance complète, mais tout ce qui peut en réveiller le désir. A ces tabescents il défend la fatigue en leur permettant la promenade.

S'il y avait des signes d'une inflammation chronique réelle, douleurs dans le bassin, au périnée, le long des cordons spermatiques, aux testicules, des applications de sangsues sur les points où la souffrance est la plus vive devraient être faites.

Comme, suivant M. Lallemand, l'atonie du réservoir spermatique coïncide souvent avec un état de phlegmasie chronique, il faut combattre celle qui domine sans favoriser l'autre. Le meilleur moyen qu'il connaisse pour ce cas c'est la cautérisation de l'orifice des conduits éjaculateurs ou de la portion prostatique de l'urètre avec le nitrate d'argent. Nous n'avons pas besoin de parler de la manière de la pratiquer ; elle a été longuement exposée à l'occasion des *Rétrécissements de l'urètre* (voy. *Bibliothèque du médecin-praticien*, t. IV, p. 28). Nous dirons seulement les règles particulières de l'opération dans ce cas donné.

Dès qu'il ne s'agit point de produire une perte de substance, mais de modifier favorablement les tissus par une inflammation franche, il faut promener très-rapidement le caustique sur la surface qui doit en sentir l'action. Il ne faut pas juger à la montre la durée de la ma-

nœuvre ; le temps de regarder le cadran c'est déjà trop ; en un mot, l'application du nitrate d'argent doit être aussi courte que possible, sous peine de dépasser le but et de déterminer des accidents.

Après la cautérisation on prescrit des bains pendant quelques jours, des lavements, des boissons adoucissantes, un régime lacté et végétal, afin de rendre les urines aussi aqueuses que possible.

Pendant deux ou trois jours, en effet, l'émission des urines est fréquente, douloureuse et accompagnée de quelques gouttes de sang. On doit recommander au malade d'éviter la moindre fatigue, le plus petit écart de régime et toute cause de refroidissement.

Les pertes séminales sont plutôt augmentées que diminuées par les premiers effets de la cautérisation. L'amélioration ne se manifeste que lorsque s'opère la résolution de l'inflammation consécutive, et l'on ne peut guère apprécier le résultat qu'au bout du douzième ou quinzième jour, ou plus tard, s'il survient des recrudescences dans l'inflammation. Il ne faut pas renouveler l'opération avant un mois.

A cette époque, quand une première cautérisation doit suffire et en rendre une seconde inutile, on en est bientôt averti par la diminution rapide des pertes séminales, et par une marche franche vers la guérison, qui est achevée par des soins hygiéniques convenables et que nous avons indiqués.

Si au bout d'un mois il n'y a pas d'amélioration, ou si des accidents l'ont traversée et neutralisée, on revient à la cautérisation ; mais si elle ne suffit pas pour atteindre le but qu'on se propose, il est inutile, dangereux de la tenter une troisième fois, et il faut alors chercher à la maladie une cause qui aurait pu échapper : les ascarides, les hémorrhoïdes, etc.

Nous n'agiterons pas la question de savoir au juste comment agit le nitrate d'argent ; il guérit, cela nous suffit.

Dans le traitement des pertes séminales involontaires produites par l'irritation ou qui s'en compliquent, nous n'avons d'abord désigné que les espèces les plus saillantes, le plus nettement caractérisées ; mais il est évident que les pollutions déterminées par l'onanisme rentrent le plus souvent dans cette catégorie, et que conséquemment elles comportent la même médication que les variétés précédentes.

D'après le chirurgien qui l'a le plus employée, la cautérisation est dans ces cas d'une rare efficacité. Il arrive que des pertes séminales involontaires qui sont restées long-temps rebelles à toute une série de moyens les mieux combinés cèdent comme par enchantement à une seule cautérisation. Le fait suivant en est un exemple frappant.

Obs. 55. « *Masturbation, blennorrhagie, pollutions diurnes, insuccès des moyens ordinaires : une cautérisation à la portion prostatique de l'urètre. Guérison prompte.*

» Alexis Poit, employé de la marine, âgé de 20 ans, petit, sanguin et gros, vint à l'Hôtel-Dieu de Montpellier en 1822, pour se faire guérir d'une affection vénérienne qu'il disait avoir *dans le corps* depuis un écoulement contracté trois mois auparavant et guéri en quelques jours, sans autre traitement qu'une tisane de chiendent.

» Rien à l'extérieur ne confirmait cette assertion : le malade se plaignait de violents maux de tête, de douleurs dans les os, de tremblements spasmodiques fréquents dans tous les membres, d'une agitation continuelle qui l'empêchait de goûter un instant de sommeil ; d'étourdissements, de vertiges accompagnés de tintements d'oreilles, d'étouffements, de palpitations, de démangeaisons à la peau ; ses yeux étaient rouges, secs, sensibles à la lumière ; etc.

» De tous ces symptômes il n'y avait que les douleurs ostéocopes qui pussent faire soupçonner une maladie vénérienne ; le malade disait souffrir davantage pendant la nuit, mais ses réponses étaient fort obscures et souvent contradictoires. Quoi qu'il en soit, la peau était chaude, sèche et couverte de boutons ; je prescrivis une saignée, un bain et des tisanes rafraîchissantes.

» Le lendemain et les jours suivants point de changements ; le malade pa-

raissait toujours plus persuadé qu'il avait la *vérole dans le corps*. Sa constitution semblait robuste, sa figure annonçait la santé, ses récits étaient obscurs et souvent contradictoires; je crus d'abord qu'il avait des motifs pour simuler diverses maladies; mais comme il ne mangeait pas et paraissait disposé à supporter les moxas et autres moyens de même nature, je l'observai de plus près. Les élèves le regardaient comme un hypochondriaque, un mélancolique, un maniaque, parce qu'il se plaignait d'une douleur fixe à l'épigastre, quoique sa langue ne fût ni rouge, ni sèche; parce qu'il disait entendre un bruit continuel dans le ventre, et sentir une *espèce de main de fer qui lui serrait les intestins pendant plusieurs heures et les lâchait ensuite tout d'un coup*.

» Quand cette espèce d'étranglement arrivait, il sentait quelque chose qui lui remontait à l'épigastre et le suffoquait. Cet étouffement cessait tout à coup; il rendait alors beaucoup de vents par le haut et par le bas. Il était habituellement constipé, et n'expulsait qu'avec beaucoup de peine des matières dures et très-fétides; il urinait très-souvent, difficilement, et se plaignait de douleurs dans la verge et dans la vessie, douleurs qu'il attribuait à la suppression de son écoulement (douze sangsues à l'anus, un bain), diminution des élancements dans la verge et dans la vessie. J'engageai le malade à se lever et à se promener; mais il prétendit que ses jambes ne pouvaient pas le supporter, et passa tout son temps à gémir et à soupirer, la tête cachée sous ses couvertures.

» Ayant observé la plupart de ces symptômes chez presque tous mes malades affectés de pollutions diurnes, j'interrogeai Poit dans ce sens. Mais il affirma n'avoir jamais rien vu qui ressemblât à du sperme, soit en urinant, soit en allant à la selle. Il n'avait d'ailleurs eu de rapports qu'avec la femme qui lui avait donné son mal, et trois fois seulement dans l'espace de huit jours.

» A la manière dont il déplorait le moment auquel il devait tous ses maux, je pensai qu'il était adonné à la masturbation; il s'en défendit obstinément devant les élèves, mais il m'apprit plus tard qu'il s'y était en effet livré dès l'âge de dix ans, et même cinq ou six fois par jour. Il éprouvait alors un chatouillement très-vif qui n'était accompagné d'aucune émission, et se changeait bientôt en une cuisson douloureuse. Vers l'âge de douze ans s'étant aperçu que ces funestes jouissances altéraient sa santé, il devint plus réservé; mais à quatorze ans il s'y abandonna de nouveau avec une espèce de fureur; l'irritation était souvent portée jusqu'à la douleur, les cordons des vaisseaux spermatiques s'engorgeaient; il existait dans tout le corps, surtout aux lombes et aux articulations, une grande faiblesse accompagnée de douleurs contusives, de vertiges continuels, avec sifflement dans les oreilles; sa mémoire s'était affaiblie, etc.

» De seize à dix-huit ans, il s'était modéré peu à peu et avait repris des forces et de l'embonpoint. C'est à cette époque qu'il eut, pour la première fois, commerce avec une femme. Bientôt après survint l'écoulement dont il est question.

» Je recommandai au malade de conserver ses urines et d'observer avec soin ce qui se passait du côté de la verge, quand il allait à la selle. Je trouvai les urines rouges, épaisses, fétides, troublées par un nuage floconneux qui nageait suspendu dans le liquide; les parois du vase étaient tapissées par une poudre briquetée; un sédiment glaireux et filant restait adhérent au fond. Le malade avait observé que les dernières gouttes d'urine, épaisses et visqueuses, n'étaient expulsées qu'avec peine, par des contractions brusques et involontaires de la vessie. Après avoir été à la selle, il avait trouvé une matière épaisse, granuleuse et transparente, à l'ouverture de l'urètre.

» Je prescrivis du lait trois fois par jour, aussi froid que possible, coupé avec l'eau de Spa ou l'eau de chaux; un régime végétal; deux bains de siége froids, d'un quart d'heure de durée; des lotions froides trois fois par jour; deux lavements froids, un le matin et un le soir, pour faciliter les selles.

» Ces moyens, que j'avais vus recommandés par Wichmann et Sainte-Marie, et qui m'avaient réussi d'autres fois, ne

produisirent aucune amélioration dans les symptômes ; le malade devint plus inquiet, plus chagrin que jamais ; il ne dormait plus une heure de la nuit. Les émollients, les sangsues avaient calmé sa douleur, mais relâché les tissus ; le malade souffrait moins, mais il perdait beaucoup plus de sperme. Les toniques, le froid, etc., diminuaient pour un moment l'écoulement séminal ; mais bientôt il augmentait l'irritation.

» Après trois semaines environ de ces essais infructueux, je renonçai à tous ces moyens généraux et je restai convaincu que la spermatorrhée était due à une inflammation chronique de la membrane muqueuse prostatique, dont l'influence s'étendait aux canaux éjaculateurs, aux vésicules séminales, etc. Je pensai qu'en modifiant profondément cette membrane par la cautérisation, je ferais cesser l'irritation des organes spermatiques, et, en particulier, les contractions spasmodiques des vésicules séminales.

» A peine la sonde eut-elle pénétré d'un pouce ou deux dans le canal, qu'elle détermina de violentes contractions de l'urètre, qui l'empêchèrent d'avancer, et qui auraient pu faire croire à un rétrécissement. Après quelques secondes, cet état de spasme cessa et la sonde pénétra plus avant, et ainsi de suite jusqu'au col de la vessie. Là, les douleurs et les contractions redoublèrent ; la vessie semblait exactement fermée. Enfin, après un temps fort long, je pus engager l'extrémité de la sonde dans l'ouverture du col ; aussitôt elle fut fortement attirée dans la cavité vésicale, comme par une espèce de succion. Ayant complétement abandonné la sonde à elle-même, je la vis plusieurs fois attirée et repoussée alternativement et brusquement par les contractions convulsives des muscles du périnée et de la vessie : l'urine avait été lancée avec force et promptement expulsée ; l'extraction de la sonde fut presque aussi douloureuse et aussi difficile que son introduction, tant elle était retenue avec force par le col de la vessie.

» Toutes ces circonstances m'ayant confirmé dans l'idée que je m'étais faite de la cause de la maladie, je pratiquai immédiatement la cautérisation de la portion prostatique de l'urètre. Elle ne dura que le temps nécessaire pour incliner la cuvette à droite et à gauche, en lui faisant parcourir rapidement la surface inférieure du canal.

» Le premier jour, le malade souffrit beaucoup en urinant. Le lendemain les douleurs furent bien moindres. Le troisième jour elles étaient presque nulles. Pendant ces trois jours les urines furent épaisses, bourbeuses, les dernières gouttes étaient accompagnées de stries de sang. Elles devinrent ensuite transparentes, et le malade les garda plus longtemps.

» Douze jours après la cautérisation, elles étaient tout à fait naturelles, sans dépôt ni nuage ; les dernières gouttes sortaient aussi facilement que les premières et étaient aussi transparentes ; le malade n'éprouvait plus de tension, de malaise au périnée, ni de contractions involontaires au col de la vessie ; mais lorsque les selles étaient dures et copieuses, il observait encore quelques gouttes épaisses au bout du gland.

» La première amélioration qu'on observa, fut dans le sommeil, qui devint de plus en plus profond et prolongé ; puis dans l'énergie physique et morale ; enfin dans l'activité des organes digestifs. Au bout de quinze jours, les érections étaient revenues. Quelque temps après il survint des pollutions nocturnes, précédées de rêves lascifs et accompagnées d'un vif plaisir. Les fonctions intellectuelles furent les dernières à se rétablir complétement. Il est vrai qu'elles ne paraissaient pas très-développées chez ce malade.

» Au bout d'un mois sa santé était parfaitement rétablie, et il désira reprendre son service.

» Ce malade est le premier chez lequel j'ai appliqué la cautérisation contre les pollutions diurnes, aussi son histoire contenait-elle à ce sujet une foule de détails qui ont perdu aujourd'hui de leur importance : j'ai seulement conservé tous ceux qui ont rapport au cathétérisme, parce que le resserrement spasmodique du canal au-devant de la sonde, surtout vers le col de la vessie, la manière dont elle y était retenue et les mouvements qui lui étaient imprimés par les contrac-

tions convulsives des muscles voisins, peuvent donner une idée de l'extrême sensibilité de la membrane muqueuse urétrale, et de l'influence que cette disposition devait exercer sur les vésicules séminales.

» Ces phénomènes s'observent très-fréquemment chez les malades affectés de pollutions, ce qui se conçoit très-facilement. Leur étude est donc importante sous beaucoup de rapports; ainsi, par exemple, j'ai remarqué que les effets de la cautérisation étaient d'autant plus certains, que les signes d'une sensibilité exaltée étaient plus prononcés : ces cas sont aussi ceux où les toniques, la glace, les bains froids, etc., conviennent le moins.

» Les pertes séminales ont été provoquées par la blennorrhagie comme dans les cas précédents, mais les excès de masturbation auxquels le malade s'était livré, même avant la puberté, ont dû contribuer beaucoup à cette funeste terminaison : aussi la guérison n'a-t-elle pu être obtenue par l'emploi de moyens aussi simples. » (Lallemand, *Des pertes séminales involontaires*, t. I, p. 104.)

Sans doute, que pour en seconder les effets, on joint à la cautérisation tous les auxiliaires que nous connaissons.

e. *Traitement des pollutions dépendant de la susceptibilité nerveuse.* Dans les cas où, comme nous l'avons dit après Galien, les pertes séminales involontaires, au lieu de dériver de l'atonie ou de l'irritation de l'appareil génital, résultent de son excessive susceptibilité, comme d'une sorte d'épilepsie des vésicules spermatiques, ce sont les calmants et les narcotiques qui sont indiqués. Mais les préparations opiacées ne doivent être employées qu'avec de grandes précautions et données d'abord à très-petites doses dans la crainte des céphalalgies et surtout de la constipation qu'elles occasionnent ordinairement.

Ces inconvénients doivent même engager à commencer par la thridace, qui ne fait point craindre ces accidents. Chez les malades impressionnables, 40 à 60 centigrammes dans de l'eau de laitue suffisent souvent à l'effet qu'on désire. Plus tard, on peut y ajouter 30 ou 40 grammes de sirop de nymphæa. Cette dernière substance a paru à M. Lallemand d'une utilité incontestable dans un grand nombre de cas de la nature de ceux qui nous occupent en ce moment. Malheureusement ses effets ne se soutiennent pas, et elle dérange facilement les fonctions digestives.

Bien que le camphre ne soit pas d'un emploi très-sûr, en le donnant d'abord à faibles doses, 20 ou 30 centigrammes dans les vingt-quatre heures, il peut procurer de l'amélioration sans exposer à aucun accident.

Les rubéfiants, appliqués au périnée, ont une influence douteuse sur le spasme des vésicules séminales; il est bien entendu qu'il ne peut être ici question des cantharides.

L'introduction d'une sonde dans l'urètre jusqu'à la vessie a souvent fait tomber immédiatement les phénomènes nerveux, dont les organes étaient le siége. MM. Lallemand et Civiale sont les deux chirurgiens qui ont le plus insisté, et à juste titre, sur cette influence favorable de la présence de la sonde dans l'urètre. On se sert d'abord d'une sonde élastique de moyen calibre; on l'introduit avec une extrême douceur, et avec des temps d'arrêt si le spasme du canal ou la douleur l'exige. Et, si la souffrance est trop vive à une première tentative, il vaut mieux y renoncer dans l'espoir, rarement déçu, qu'une sonde sera plus heureuse.

Quand on a réussi à la passer, la sonde ne doit rester dans l'urètre que jusqu'au moment où elle commence à y provoquer des contractions; on doit l'y laisser en général très-peu de temps. Chose remarquable, même dans les cas où l'application de l'instrument a été le moins bien supportée, elle est suivie d'un sentiment de bien-être indéfinisssable, qui est déjà comme le commencement de la guérison.

On répétera tous les cinq ou six jours ces introductions jusqu'à ce que le but soit atteint.

La sonde n'agit pas seulement en amortissant une susceptibilité excessive, mais encore en produisant une excita-

tion momentanée suivie d'un effet tonique prolongé.

Mais il y a des malades trop impressionnables et trop peu courageux pour consentir à l'application d'un moyen aussi simple; sa longueur les effraie d'ailleurs, car l'intervalle obligé des introductions fait quelquefois bien attendre le succès. Nous commencerons toujours par ce moyen avant d'essayer la cautérisation.

L'acupuncture du périnée dans la direction des canaux éjaculateurs paraît avoir réussi à M. Lallemand ; nous ne pensons pas que ce moyen ait été employé par d'autres chirurgiens.

f. *Traitement des pollutions produites par la faiblesse ou le relâchement des organes.* La faiblesse des organes génitaux peut être primitive ou compliquer, comme nous l'avons vu, une spermatorrhée due d'abord à l'irritation, ou une phlegmasie chronique.

A quels caractères reconnaître un relâchement primitif des organes génitaux internes? Aux antécédents, à l'ensemble de la constitution, à l'absence constante de toute irritation locale. Ne doit-on pas, par exemple, soupçonner cette atonie chez les malades qui ont eu dans leur bas âge une incontinence d'urine ou dont l'appareil génital n'a pas acquis son développement normal, et en qui tout trahit la faiblesse de l'organisation? L'état pendant des bourses, les varices du cordon, la pâleur et la flaccidité du gland, la sensibilité de l'urètre au contact de la sonde, etc., mettent évidemment sur la même voie. Si la douceur et l'humidité de l'atmosphère augmentent le mal, c'est une nouvelle raison de lui attribuer la même origine.

Il était nécessaire de rappeler ces éléments de diagnostic avant de décrire les moyens de traitement. Nous ajouterons que le traitement est souvent une pierre de touche dans les cas difficiles; nous n'avons pas besoin de développer cette pensée.

On peut administrer les toniques à l'intérieur, comme chez le malade dont nous allons rapporter l'histoire, et qui en essaya successivement plusieurs.

Obs. 56. « Un maître à danser, demeurant dans une petite ville d'un département voisin, me consulta, vers la fin de l'année 1809, pour une perte de semence, avec impuissance absolue, qu'il éprouvait depuis quatorze mois. Le malade, âgé de vingt-deux ans, était d'une haute stature; il paraissait robuste, avait le teint brun et les cheveux noirs. Il me raconta qu'avant sa maladie, il était extrêmement porté aux plaisirs de l'amour ; que cependant il avait su réprimer ses désirs, et n'avait en ce genre aucun excès considérable à se reprocher. Il avait toujours été exempt de maladies vénériennes. Le changement de ses habitudes viriles s'était opéré tout à coup, et sans cause connue. Il avait passé en quelques jours, de l'état d'un jeune homme vigoureux et plein d'ardeur à celui d'un vieillard décrépit. Surpris de cette métamorphose subite et extraordinaire, il avait cru d'abord que son père, alarmé des désordres dans lesquels la violence de ses passions pouvait l'entraîner, avait mêlé à son insu, dans ses aliments ou dans ses boissons, des drogues capables de refroidir son tempérament. Un empirique, à qui d'abord il s'adressa, lui fit prendre un électuaire dont il abandonna bientôt l'usage, parce que ce remède lui faisait pisser le sang. Voici l'état du malade lorsqu'il vint me consulter. Il n'éprouvait aucune espèce de désirs ; cependant si la vue d'une belle femme arrêtait son attention, la semence, excitée par ce simple désir moral, s'écoulait aussitôt, sans lui causer d'autre sensation que celle d'un liquide chaud qui s'échappe par le canal de l'urètre. La même chose arrivait lorsqu'il allait à cheval, et même en marchant, par le seul frottement de la chemise, si le gland n'était pas exactement recouvert par le prépuce. Il perdait souvent sa semence pendant le sommeil, sans érection et même sans y être invité par des rêves voluptueux. Il suffisait pour cela qu'il fût couché sur le dos. J'examinai les parties génitales, elles me parurent bien conformées; je trouvai seulement les testicules mollasses, flétris, un peu petits, par rapport à la stature et au tempérament. Il m'assura que dans le temps de sa plus grande

vigueur, ces organes avaient au moins un volume double. Il mangeait avec appétit, digérait parfaitement, et n'éprouvait aucune incommodité, si ce n'est qu'il était habituellemeut triste, un peu faible, endormi, paresseux à remplir ses devoirs, et qu'il avait beaucoup maigri depuis un an. En outre, il perdait tous les matins, par la verge, quelques gouttes d'une matière muqueuse très-épaisse, qui, lorsqu'elle séjournait trop à l'entrée du canal, en excoriait les bords. Le quinquina, les martiaux, les bains froids, les frictions aromatiques sur la colonne épinière, un régime composé des substances les moins propres à former de la semence, furent inutilement employés pendant six mois. Je désespérais du succès, et j'allais renoncer à toute espèce de traitement, lorsque je songeai à la teinture stimulante dont Mead a donné la formule dans ses *Monita et præcepta medica,* édition de Paris, 1757, p. 156. Le malade en fit usage pendant cinquante jours, avec un tel succès, que sa semence cessa bientôt de couler involontairement; que son flux muqueux fut tari presque en même temps, et qu'il recouvra toute la vivacité de ses premiers désirs. Je lui donnai le conseil de se marier ; il épousa, en 1812, une femme de son âge, veuve, dont il a déjà trois enfants. » (Sainte-Marie, *loco cit.*, p. 15.)

Le galvanisme peut être employé avec un grand avantage pour redonner du ressort aux organes génitaux. Il faut commencer par des décharges électriques très-faibles, dans la crainte d'en donner de trop fortes. Le courant doit être dirigé des lombes au pubis, suivant le trajet des nerfs qui se distribuent à l'appareil spermatique.

Comme les nerfs répondent d'autant plus à cet excitant que les applications en sont plus répétées, il faut diminuer l'intensité du courant, pour que les secousses ne dépassent pas la limite voulue.

La manière la plus sûre d'employer ce moyen consiste à enfoncer deux aiguilles à acupuncture, l'une dans les lombes, l'autre au pubis ou au périnée, et à les mettre en communication chacune avec un pôle de la pile, puis à interrompre et à rétablir successivement cette communication.

Le galvanisme a procuré des succès vraiment remarquables, comme dans ce fait dont nous donnons l'analyse.

Obs. 37. Un capitaine d'infanterie, âgé de 29 ans, eut six blennorrhagies et un chancre pour lequel il prit beaucoup de sublimé.

Il partit pour Metz à la suite de ce traitement, en 1822, pour se rendre en Espagne. Passant par Lyon, il y fut retenu trois semaines par une maladie dont le symptôme le plus saillant était une *constipation opiniâtre* avec fièvre.

Il fut obligé pour la première fois, pendant le reste de son voyage, de porter un suspensoir pour soutenir son testicule gauche, dont les veines étaient variqueuses ; du reste, il n'éprouva d'autre incommodité, pendant toute la campagne, que celle causée par des hémorrhoïdes.

Ayant facilement supporté les fatigues de la guerre, le malade, de retour en France, endura pendant une nuit un froid rigoureux. Il éprouva le lendemain des douleurs vives et lancinantes dans les deux membres abdominaux, qui bientôt furent remplacées par un sentiment de froid, rapporté principalement audessous de l'articulation coxo-fémorale gauche et à l'hypogastre.

Une nouvelle série de symptômes se développa à partir de ce moment. Le malade sentit ses jambes s'affaiblir de jour en jour ; il devint sujet à une constipation opiniâtre. Dans l'intestin distendu il éprouvait plutôt le sentiment d'une *réaction élastique* que celui d'une contraction musculaire.

Les efforts de la défécation donnaient lieu à d'abondantes pertes séminales.

La suite ordinaire de l'accumulation des excréments était une grande agitation. Il n'existait plus aucuns désirs vénériens, les érections étaient rares et incomplètes, la racine de la verge se laissait facilement courber dans tous les sens, le gland seul était dur. Dans des circonstances très-favorables et fort rares, le coït pouvait avoir lieu ; seulement

toujours il était suivi d'une faiblesse plus grande. Les digestions étaient pénibles; les vents, accumulés dans les intestins, distendaient l'abdomen et causaient de la douleur à l'épigastre et dans les hypochondres. La peau était habituellement sèche.

Pour favoriser la transpiration le malade désirait faire de l'exercice, il était agité continuellement, parce qu'il se sentait envahir par le froid dès qu'il restait quelques instants en repos. Il était devenu d'un caractère très-impatient.

Étant incommodé par le suspensoir, il l'ôta pour faire une course d'une certaine longueur; mais à peine fut-il de retour qu'il vit se manifester un engorgement considérable dans le testicule gauche. Des applications de sangsues, au nombre de cinq, furent faites sans succès pour en obtenir la résolution.

On administra, à la même époque, le sublimé en dissolution pour combattre de prétendues végétations vénériennes à l'anus, qui n'étaient autre chose que des tumeurs hémorrhoïdales flétries. La faiblesse des jambes et le trouble des digestions augmentèrent d'une manière notable par l'emploi de ces divers moyens.

Quand cet officier vint à l'hôpital, M. Lallemand fut frappé de l'extrême pâleur de sa figure et de la flaccidité de tous ses tissus. Ses formes étaient arrondies, son tissu cellulaire très-abondant et légèrement infiltré, surtout aux membres inférieurs; la peau était blanche, mince, transparente et habituellement froide, le pouls petit et faible. On constata facilement que cette tumeur du testicule n'était autre chose qu'une hydrocèle ordinaire.

On pensa, d'après la succession et l'ensemble des symptômes, que l'action d'un froid intense et prolongé avait impressionné profondément le système nerveux de la portion inférieure de la moelle épinière, de même qu'on en avait vu d'autres exemples. Le phénomène prédominant chez ce malade me parut être la faiblesse; aucune apparence d'irritation n'existait du côté du rectum ou des organes génito-urinaires. On se décida donc à soumettre les parties affectées aux secousses galvaniques.

Le 11 février, la première séance eut lieu : pendant vingt minutes le courant fut établi entre le sacrum et l'hypogastre; puis entre les fesses pendant autant de temps. Ces secousses furent assez faibles, n'ayant mis que soixante gouttes d'acide sulfurique par litre d'eau. Néanmoins le malade éprouva, le lendemain, moins de froid et d'engourdissement dans le membre abdominal gauche et les parties génitales, moins de peine à expulser les urines; il y eut une selle.

Deuxième séance galvanique le 12, sur les mêmes parties et pendant le même temps, mais avec quatre-vingt gouttes d'acide sulfurique.

Troisième séance le 13, avec cent gouttes : secousses fortes, impressions senties, amélioration croissante.

Quatrième application le 14, avec cent quarante gouttes d'acide sulfurique. De temps en temps le courant est établi entre les lombes et le pénis ou la surface de l'hydrocèle. Le lendemain, selle libre sans lavement, sentiment de force dans le rectum; l'engourdissement fut moindre dans les membres inférieurs, depuis le bassin jusqu'aux genoux; les jambes et les pieds restent dans le même état; le volume de l'hydrocèle diminua d'une manière sensible; les érections furent plus énergiques; malgré la fatigue que lui ont causée les commotions, le malade est très-gai, il en parle avec plaisir, mais il demande quelques jours de repos.

Suspension du galvanisme du 15 au 19 : *pas d'amélioration* pendant ces quatre jours.

Cinq autres séances galvaniques semblables aux précédentes, du 20 au 24, mais avec addition toujours croissante d'acide sulfurique.

Le retour libre et journalier des selles revient sans efforts ni pertes séminales; érections fréquentes et complètes; l'urine s'écoule facilement par un jet plein et très-long. Absorption complète du liquide épanché dans la tunique vaginale. Digestions énergiques, disparition des gaz intestinaux; la chaleur et la force sont rétablies dans les membres inférieurs.

Le capitaine reprit, peu de temps

après, ses fonctions dans son régiment comme avant sa maladie.

Cinq ans plus tard, cet officier, devenu chef de bataillon, n'avait éprouvé aucune altération dans sa santé. (Voy. Lallemand, *Des pertes séminales involontaires*, t. I, p. 267.)

Les cantharides administrées à l'intérieur sont recommandées par quelques praticiens ; mais M. Lallemand dit qu'elles n'ont jamais produit que des effets funestes.

Dans la spermatorrhée par cause atonique, le docteur Sainte-Marie préconise (p. 109) les effets des vésicatoires volants, mais il ne cite à l'appui de ses paroles aucun fait bien précis, et aucun surtout qu'il ait observé lui-même.

M. Lallemand a vu plusieurs inconvénients de ces vésicatoires, et, sans les rejeter entièrement, il ne voudrait y recourir que lorsqu'ils seraient bien nettement indiqués.

C'est, du reste, un point que nous avons déjà traité à l'article Cystite cantharidienne (V. *Bibliothèque du médecin-praticien*, t. III, p. 497.)

Le phosphore n'est pas sans action sur les organes génitaux, mais cette action est inconstante et variable, et surtout elle peut être dangereuse.

Au lieu d'administrer le phosphore pur, quelques médecins l'ont donné à l'état de combinaison. On lit dans la *Matière médicale* d'Alibert :

« Un homme énervé par les plaisirs de Vénus était tombé dans un état de marasme et de consomption dorsale. Dans un espace de temps très-court il recouvra ses forces par le seul secours d'une limonade préparée avec l'acide phosphorique et le miel. »

Plus frappé des inconvénients du phosphore que de ses avantages, M. Lallemand le rejette sous toutes les formes.

La propriété qu'a le seigle ergoté d'exciter les contractions de l'utérus a fait penser qu'il pourrait avoir la même influence sur les vésicules séminales, et l'événement a répondu à ces prévisions.

Un médecin italien a guéri huit spermatorrhées graves à l'aide de ce médicament pris à la dose de six à vingt-quatre grains par jour.

M. Lallemand en a également obtenu de bons effets dans plusieurs cas.

Ces faits donnent à espérer que le seigle ergoté pourra être employé avec succès dans les pertes séminales par atonie.

Les doses peuvent en être portées de vingt centigrammes matin et soir jusqu'à un gramme. On sait que, pour être sûr de l'action de ce médicament, il ne doit être pulvérisé qu'immédiatement avant son administration. On en suspend la poudre dans un liquide.

Le docteur Payan, d'Aix, ayant fait disparaître des paraplégies, des paralysies du rectum et de la vessie à l'aide de cette substance, il est permis d'en attendre plus qu'on n'en a encore obtenu pour les pollutions. (Voy. Payan, *Mémoire sur le seigle ergoté*, Aix, 1841.)

Les ferrugineux ont été recommandés avec raison contre la spermatorrhée par atonie. L'eau de Spa, naturelle et artificielle, leur convient parfaitement. On la prend coupée avec du vin au repas, avec du lait ou de l'eau sucrée le reste de la journée. C'est une préparation très-commode et très-agréable, qu'on pourrait cependant remplacer par de l'eau ferrée ordinaire, ou même par une solution de lactate de fer, à une dose de cinquante centigrammes à un gramme par litre d'eau.

Enfin, les eaux ferrugineuses qui sont le plus à la portée du malade, surtout les eaux minérales, peuvent être prescrites.

Les amers, et surtout le quinquina, peuvent aussi rendre des services réels. Le docteur Sainte-Marie (p. 104) se loue beaucoup de l'union de cette écorce avec la magnésie.

Les excitants généraux et spéciaux, tels que la menthe, le girofle, la vanille, etc., ne méritent pas la place qu'ils occupent dans toutes les formules des anciens, ils n'ont qu'une efficacité bornée ou douteuse contre la spermatorrhée atonique.

On a donné avec un certain succès le copahu et la térébenthine à petites doses

dans le commencement; puis graduellement à des doses plus élevées.

Les bains froids, surtout ceux de rivière, ont été singulièrement préconisés par la plupart des médecins, qui regardent à peu près toutes les pollutions comme des effets du relâchement des organes. Mais la faiblesse excessive de l'économie les rend difficiles à supporter. Parmi les malades, les uns sont obligés d'y renoncer par la difficulté qu'éprouve la réaction à s'établir après ce bain; les autres parce que les pollutions augmentent au lieu de diminuer.

M. Lallemand n'admet les bains de rivière et de mer que dans les pollutions nocturnes et simples. Il préfère les applications froides de neige ou de glace sur les lombes, sur le périnée, ou des frictions faites sur les mêmes parties avec ces réfrigérants.

Les douches froides produisent quelquefois d'excellents effets. On les dirige sur le périnée et sur les lombes.

Voici à cet égard comment s'exprime le docteur Sainte-Marie :

« Les bains de siége froids, le lavage des parties génitales à l'eau froide, l'application sur ces parties d'éponges ou de linges imbibés de l'eau la plus froide, sont avantageux, sans doute; mais il est un moyen plus simple et à la fois plus efficace d'employer les topiques réfrigérants dans la pollution diurne involontaire, c'est celui que je vais indiquer d'après ma pratique. Je fais recouvrir les organes de la génération une ou deux fois par jour avec une vessie de cochon remplie de glace pilée, que l'on renouvelle si l'on veut aussitôt qu'elle est fondue. Ordinairement je fais appliquer sur le sacrum une seconde vessie également remplie de glace pilée, et j'ai cru remarquer que celle-ci, placée plus près de l'origine des nerfs, était encore plus utile que la première. Dans le priapisme, dans le satyriasis, dans l'affection hystérique, la glace appliquée contre le sacrum est plus efficace que celle qu'on dépose sur les parties génitales elles-mêmes ou dans leur voisinage sur le pubis ou le périnée. J'ai fait cesser quelquefois le spasme des parties naturelles par des frictions sur le sacrum avec des vessies remplies de glace. Un médecin très-occupé de cette ville, qui a bien lu les ouvrages de Gall, a dissipé des pollutions nocturnes invétérées en faisant appliquer sur l'occiput et la nuque, le soir, avant l'heure du coucher, une certaine quantité de glace, qu'on a laissée jusqu'à ce qu'elle ait été convertie en eau. Je ne dois pas omettre ici, à cause de son extrême utilité, un moyen simple qui a souvent réussi dans la pollution diurne involontaire, la consomption dorsale, la gonorrhée, c'est la douche d'eau excessivement froide sur les régions lombaire et sacrée. J'attribue principalement à ce topique la guérison d'une consomption dorsale commençante que j'eus à traiter il y a quelques années. » (Sainte-Marie, *l. cit.*, p. 90.)

Les auteurs sont d'un accord unanime sur les avantages des boissons froides et de la glace prise à l'intérieur.

M. Lallemand, qui est un de ceux qui recommandent cette médication le plus vivement, admet cependant dans son usage les restrictions suivantes :

« Les malades dont l'estomac était très-irritable ont bientôt éprouvé de la sensibilité et de la douleur à l'épigastre, de la chaleur à la peau, de la rougeur à la langue et une accélération remarquable du pouls; en un mot, ils ont présenté tous les symptômes d'une véritable gastrite chronique.

» D'autres ont eu d'abord des érections fatigantes, puis de la pesanteur du côté de la prostate, avec émission fréquente d'urine, et quelquefois diminution dans le volume de son jet, de la rougeur à l'extrémité du gland, etc., d'autres ont éprouvé des suintements muqueux, une blennorrhée plus ou moins abondante, et surtout une augmentation évidente des pertes séminales. Trois d'entre eux ont présenté des urines glaireuses, expulsées fréquemment et avec douleur, etc.; enfin, tous les symptômes d'un catarrhe chronique. Les glaires ont même pris, dans un cas, pendant plusieurs jours l'aspect purulent.

» Il faut donc, pour administrer avec succès la glace ou des boissons glacées, que les organes digestifs et génito-urinaires ne soient pas irrités ou même très-impressionnables.

» Il est encore très-important de tenir compte de la saison avant d'employer la glace à l'intérieur ou à l'extérieur. En été, la réaction s'opère avec facilité; mais, en hiver, le corps est obligé de lutter continuellement contre la rigueur de la saison; il est aussi mal disposé que possible à laisser réagir avec avantage de nouvelles et fortes soustractions de chaleur, de quelque manière qu'elles aient lieu. » (Lallemand, *Des pertes séminales involontaires*, t. III, p. 548.)

Mais, dans le cas qui en comporte l'usage, la glace est vraiment d'une remarquable efficacité, ainsi que le prouve l'exemple trop court, mais d'ailleurs très-concluant, que nous allons rapporter.

« J'ai vu un jeune homme que les suites de la masturbation avaient déjà rendu leucophlegmasique : la verge, le scrotum, les yeux, le tissu cellulaire intérieur et extérieur étaient infiltrés. La glace, employée de toutes manières, en bains, en boissons, etc., l'a guérie. » (Desbois de Rochefort, *Matière médicale*, article Glace.)

Le docteur Sainte-Marie fait aussi le plus grand éloge de la glace administrée à l'intérieur, et il indique en même temps sous quelle forme elle doit être prise.

« L'auteur (Wichmann) ne parle point de la glace prise intérieurement, remède de premier ordre dans ces maladies, et d'un usage beaucoup plus général que le fer et le quinquina. Je veux dire par cette dernière proposition que beaucoup de malades auxquels on ne saurait donner sans danger le quinquina et le fer, à cause de l'extrême susceptibilité et de la vive irritation qu'éprouvent les voies digestives, prennent avec le plus grand succès la glace pilée. J'ai vu des malades réduits au dernier degré d'épuisement, que l'usage de la glace a pour ainsi dire rendus à la vie. Je ne prescris point la glace en boisson : elle ne serait pas assez efficace sous cette forme; je la fais prendre pilée, non pas grossièrement, mais réduite en poudre et mêlée avec un peu de sucre et d'eau de fleurs d'oranger, à la dose d'une soucoupe pleine le matin, à midi et le soir. On augmente ensuite cette dose peu à peu, et le malade finit par en prendre un verre de table plein trois ou quatre fois par jour. » (Sainte-Marie, *l. cit.*, p. 94.)

La glace peut être donnée autrement :

« Quant au mode d'administrer la glace à l'intérieur, dit M. Lallemand, on peut se prêter sans inconvénient au goût du malade, car les résultats sont toujours les mêmes. On donnera donc plusieurs fois par jour une cuillerée de glace ou de neige pilée avec du sucre, ou bien de petits fragments de glace avalés seuls, ou des glaces ordinaires, et mieux encore du lait glacé, trois ou quatre fois par jour, autant comme aliment que comme boisson.

» Dans tous les cas, il est prudent de commencer par de très-petites quantités à la fois, et même par des boissons fraîches, puis froides et enfin glacées. » (Lallemand, *lieu cité*, t. III, p. 349.)

La spermatorrhée, quelle qu'en soit l'espèce, ayant toujours une grande influence sur le moral, le médecin doit diriger son attention de ce côté. Il doit tout faire pour inspirer au malade la plus grande sécurité sur sa position et sur le résultat favorable du traitement, sur une complète guérison. Du reste, on ne saurait donner de règle fixe pour relever le moral abattu de ces malades. Pour savoir quelle ligne on devra tenir, il faudra étudier le caractère du sujet, en saisir les nuances si variées, en trouver le côté faible pour le soutenir.

Il faut aussi, une fois la guérison achevée, que le retour aux fonctions conjugales se fasse avec une extrême prudence, et ne conseiller le mariage à un jeune homme que lorsqu'il est bien sûr de lui; ces précautions sont nécessaires, même lorsqu'une excessive continence a été la cause de la maladie actuellement guérie.

CHAPITRE III.

MALADIES DES BOURSES.

On doit distinguer ici les maladies des testicules et celles de leurs annexes.

1° MALADIES DES TESTICULES.

ARTICLE I[er].

Vices de conformation.

On comprend sous ce titre, d'une part, les anomalies de volume ou de structure des testicules ; et d'autre part, les anomalies de situation qui ne sont pas, à proprement parler, des vices de conformation. Les premières sont peu importantes et sont fort rares quand on ne comprend pas sous le nom de vices de conformation les atrophies ou les hypertrophies qui suivent quelquefois l'inflammation des glandes spermatiques. Quant aux anomalies de situation, elles méritent tout l'intérêt du chirurgien à cause des erreurs graves auxquelles elles pourraient donner lieu si on les méconnaissait.

De ces anomalies, la plus fréquente est celle dans laquelle le testicule n'est point complétement descendu dans les bourses, et se trouve retenu soit dans le canal inguinal, soit même derrière toutes les couches anatomiques des parois abdominales. Dans ce dernier cas, les individus affectés de cette anomalie ont été considérés comme *monorchides*, c'est-à-dire comme ne possédant qu'un seul testicule. D'autres individus par opposition ont paru avoir plus de deux testicules, ce qui tenait sans doute à la présence de tumeurs morbides dans les bourses : depuis que l'observation est devenue plus précise ces anomalies, en effet, ne se remarquent plus. L'anomalie suivante est beaucoup plus rare que celle qui précède.

« Ce qui est le plus rare, dit M. Vidal de Cassis (*Traité de path. ext.*, t. v, p. 659), c'est de voir le testicule, au lieu de s'arrêter en chemin, parcourir un chemin plus long, dépasser les bourses et aller se loger dans le périnée, un peu au-dessus de l'anus, là où on fait l'incision pour la taille bilatérale. Un de nos amis, musicien-compositeur très-distingué, offre cette singulière anomalie. Ce qu'il y a de plus remarquable c'est qu'un de ses frères présente la même anomalie. Le père en était exempt. »

Les testicules qui n'occupent pas leur situation normale sont ordinairement plus petits que les autres ; cette particularité existe dans le fait observé par M. Vidal de Cassis.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, les anomalies des testicules offrent peu d'intérêt par elles-mêmes au point de vue chirurgical ; c'est plutôt par les erreurs dont elles peuvent être la source qu'elles se recommandent à notre attention. Ainsi on conçoit que lorsqu'un testicule retenu dans le canal inguinal vient à être affecté d'orchite, il puisse simuler plus ou moins une hernie étranglée.

» On conçoit aussi, dit M. Velpeau, que, caché sous les téguments de la région iliaque ou même du flanc, comme je l'ai vu deux fois, le testicule atteint d'orchite pourrait donner l'idée d'une maladie toute différente, faire croire à un abcès, par exemple, porter le chirurgien à pratiquer des incisions, des opérations dont l'inutilité serait le moindre inconvénient. Dans la fosse iliaque, les embarras du diagnostic seraient encore plus grands et l'inflammation pourrait conduire à des erreurs de diagnostic, de pronostic et de thérapeutique très-désagréables. Toutefois, l'attention éveillée sur ce point permettra bientôt au chirurgien de ne pas s'y méprendre ; de manière que le fait une fois constaté, il sera facile de mettre la médication de l'orchite en rapport avec les nécessités de la position anormale du testicule.

ARTICLE II.

Contusions des testicules.

Les contusions du testicule n'ont guère occupé les chirurgiens d'une manière spéciale. Boyer ne consacre aucun chapitre particulier à les décrire. M. Velpeau, dans l'article du Dictionnaire que nous aurons souvent l'occasion de citer, a rempli cette lacune ; nous ne pouvons mieux faire que de rapporter ses propres paroles :

« Nul organe n'est plus disposé que le testicule aux contusions, aux différents genres de froissement : la forme actuelle des pantalons en Europe et la marche l'y exposent à chaque instant. Le rapprochement, le mouvement des cuisses quand on est assis, et même dans

le lit, le pressent, le contondent aussi très-fréquemment. On sait combien ce genre de blessure est ordinaire chez les hommes qui vont beaucoup à cheval. Le scrotum est d'ailleurs la région que visent assez ordinairement les querelleurs dans leurs rixes. Enfin les violences extérieures, les chutes de toutes sortes atteignent pour le moins aussi souvent les bourses que les autres régions du corps.

» Malgré cette multiplicité de circonstances, la contusion du testicule n'en est pas moins une maladie dont on s'occupe à peine, et dans la pratique et dans les traités de pathologie. Cet oubli tient évidemment à ce que les contusions du testicule passent en général inaperçues, ou donnent bientôt naissance à des maladies désignées sous un autre nom. C'est ainsi que l'épanchement de sang qui en résulte rentre dans ce qui est connu sous le nom d'hématocèle; d'autres fois la contusion, faisant naître bientôt de la douleur et de l'inflammation, disparaît en quelque sorte aux yeux du chirurgien pour faire place à l'orchite. J'ajouterai que quelques grumeaux de sang, qu'une infiltration hématique peu considérable ne sont point de nature à fixer sérieusement l'attention du malade, quand ils n'amènent dans le testicule ni gonflement notable, ni inflammation évidente. Il importe néanmoins de ne pas trop se fier à leur apparente bénignité; peut-être sont-elles causes d'un grand nombre d'hydrocèles dont l'origine échappe au malade. Ne serait-ce point là qu'il conviendrait également de chercher la cause première de la plupart des lésions organiques du testicule? N'y a-t-il pas lieu de supposer qu'une petite masse de sang épanchée dans la tunique albuginée y reste, y éprouve des changements tels qu'elle puisse y devenir parfois la source ou de certaines inflammations lentes, disséminées, de tubercules; ou bien de productions hétérologues, comme l'encéphaloïde, le squirrhe, la mélanose, le tissu colloïde? Ce serait, au surplus, une raison nouvelle de ne s'occuper de la contusion qu'en traitant de ces maladies diverses; mais c'est un motif aussi pour ne pas négliger absolument dans la pratique les contusions proprement dites du testicule. Pour peu donc que les contusions soient étendues, il convient de recourir dès le principe aux émissions sanguines, soit générales, soit locales, générales surtout, et de tenir en même temps sur les bourses des compresses résolutives, des linges imbibés d'eau de saturne, de solutions de sel ammoniac, d'eau salée, par exemple. Les irrigations et les imbibitions d'eau froide, vantées outre mesure par quelques praticiens contre un grand nombre de maladies, nuiraient manifestement ici. Elles empêchent plutôt qu'elles ne favorisent la résorption des liquides épanchés; et c'est la résorption du sang extravasé qu'il importe surtout de provoquer dans les contusions du testicule.

» Si au bout de huit à dix jours aucune collection ne paraît s'être formée, si le testicule paraît seul affecté, et qu'il ne soit pas douloureux, les pommades iodurées ou mercurielles sont substituées avec avantage aux compresses résolutives.

» On associe à ces moyens un régime léger, la position horizontale, et il convient de ne pas permettre aux malades de se lever, de marcher sans un bon suspensoir. Quelques bains généraux, quelques purgatifs sont également utiles; et pour n'avoir aucun reproche à se faire, le chirurgien doit exiger l'emploi de ces moyens, de ces précautions, plusieurs semaines encore après la disparition apparente du mal. » (Velpeau, *Dictionn. de médec.*, t. XXIX, p. 438.)

ARTICLE III.

Plaies des testicules.

Les plaies du testicule, sans être fréquentes, s'observent cependant quelquefois. Elles peuvent avoir été produites, de même que celles des autres organes, par des instruments piquants, tranchants ou contondants. Voici comment s'exprime M. Velpeau sur les premières de ces plaies:

« Presque tous les chirurgiens parlent avec une très-grande crainte des plaies du testicule par instruments piquants. L'expérience m'a depuis long-temps démontré qu'on a singulièrement exagéré les dangers de pareilles blessures; j'ai

vu plusieurs fois de mes confrères enfoncer involontairement la pointe du trois-quarts dans le testicule sans qu'il en soit rien résulté de sérieux, sans que l'opération de l'hydrocèle, ainsi pratiquée, ait été suivie d'accidents plus graves que s'il s'était agi d'une opération tout à fait simple.

» Un chirurgien, assez exercé d'ailleurs, voulant pénétrer dans la tunique vaginale, enfonça devant moi le trois-quarts dans le testicule, si complétement qu'aucun liquide ne sortit par la canule, que l'on crut s'être trompé, et avoir pris un sarcocèle pour une hydrocèle. Le malade souffrit si peu qu'au bout de quatre jours on le soumit à l'opération de l'hydrocèle proprement dite. Opération qui eut chez lui le succès le plus complet.

» Un autre chirurgien, fort distingué du reste, a traversé une fois de part en part le testicule avec le trois-quarts pour arriver dans la tunique vaginale; l'injection fut faite par cette voie, et le malade n'en guérit pas moins bien. J'ai d'ailleurs connaissance d'un assez grand nombre de faits semblables; j'avouerai même que pareil accident m'est arrivé plusieurs fois, et je suis disposé à croire que tous les chirurgiens qui ont pratiqué un grand nombre d'opérations d'hydrocèle pourraient en dire autant. Trois fois, en opérant des hydrocèles peu volumineuses, je me suis aperçu en retirant le trois-quarts que le bec de la canule était engagé dans un organe concret, dans le testicule. Je fus convaincu du fait ici en voyant couler le liquide, après que j'eus retiré l'instrument du côté de la peau de manière à en dégager le bec des tissus où il s'était d'abord égaré; or aucun des malades ainsi blessé ne s'en est douté, n'a éprouvé d'accidents après l'opération. Une seule fois, chez un autre malade, l'instrument, arrivé dans le testicule, me donna si complétement l'idée d'un kyste que je le tournai et l'inclinai dans toutes sortes de directions, de manière que le parenchyme séminal dut être complétement broyé, une inflammation vive survint, un traitement antiphlogistique énergique dut être employé, et après la guérison le testicule resta dur, bosselé, en partie atrophié.» (*L.c.*, p. 456.)

Cette appréciation des plaies du testicule, bien que généralement vraie, tend à exagérer l'idée que l'on doit se faire de leur innocuité, ainsi que le prouveront les passages suivants, empruntés à Ast. Cooper et à M. Vidal de Cassis, qui tous deux cependant partagent à peu près les opinions de M. Velpeau.

« Une plaie du testicule ne produit pas toujours la douleur et les phénomènes inflammatoires que l'on pourrait craindre de voir se développer. En effet, j'ai observé plusieurs cas dans lesquels une lancette et même un trocart avaient pénétré dans la substance de cet organe. Cette blessure fut suivie d'une douleur accompagnée de défaillance. Mais le malade guérit, et la petite plaie se cicatrisa promptement, sans suppurer.

» Cependant, chez un malade, dans le testicule duquel un trocart avait été enfoncé deux fois, il se développa une inflammation violente, suivie de suppuration. » (Ast. Coop., *Œuvr. chir.*, trad. de Richelot et Chassaignac.)

Je me rappellerai toujours, dit M. Vidal, que, remplaçant M. Velpeau à la Charité, j'eus à traiter une tumeur du testicule dont le diagnostic était fort obscur. Je voulus l'éclaircir en faisant une ponction avec un trocart *très-fin*, il ne sortit que quelques gouttes de sang; le lendemain éclata une inflammation du testicule que rien ne put abattre, et je perdis ce malade. Il s'agissait d'une dégénérescence du testicule. Ce fait prouverait que les blessures des testicules ainsi dégénérées sont plus graves que celles qui sont faites sur cet organe sain ou seulement enflammé.

« Les plaies par instrument tranchant, dit M. Velpeau, sont loin d'avoir l'importance qu'on leur attribue généralement. Sous ce point de vue, il convient d'en faire deux classes : l'une pour les incisions ou véritables coupures, l'autre pour les piqûres ou les simples mouchetures. En effet, si la plaie du testicule comprend toute l'épaisseur de la tunique albuginée, dans l'étendue de plus d'un centimètre, elle expose à un danger réel. Détruite dans un pareil espace, la résistance naturelle de la tunique albuginée fait que cette coque fibreuse, entraînée par son élasticité, réagit sur la masse

des canaux séminifères et les pousse dans la solution de continuité comme dans une boutonnière, où ils se montrent bientôt sous la forme d'une saillie d'un gris roux ou brunâtre, et spongieuse : on conçoit ainsi que le testicule puisse se vider et se dénaturer complétement. Les simples piqûres, au contraire, soit avec la pointe d'une lancette, soit avec tout autre instrument tranchant, n'entraînent, après elles, aucune suite sérieuse. J'en ai acquis la preuve par une infinité d'observations. Que la tunique albuginée soit traversée en entier, ou qu'elle n'ait été que scarifiée, effleurée, les plaies de cette sorte se réunissent à peu près toutes par première intention, aussi bien que s'il s'agissait de piqûres à la peau. Ces plaies ne mériteraient donc de fixer l'attention que si le testicule se trouvait à nu, au fond d'une large blessure du scrotum, ou bien quand l'instrument a dilacéré les parties dans plusieurs directions successivement, auquel cas il serait peut-être convenable de les faire rentrer dans la catégorie des plaies contuses. » (*L. c.*)

La distinction établie par M. Velpeau d'après la largeur des plaies est très-importante à conserver si l'on veut porter un pronostic quelque peu certain. Mais, dans le passage précédent, l'auteur n'insiste pas suffisamment sur les dangers de l'évacuation de la substance testiculaire à travers la plaie ; en effet, cette évacuation peut se faire non-seulement d'une manière spontanée par le fait de l'inflammation, mais encore elle peut être opérée par le chirurgien lui-même, comme le prouvent deux observations de J.-L. Petit, qu'il nous semble nécessaire de rapporter ici, afin de mettre le praticien en garde contre l'erreur grave à laquelle ce grand chirurgien ne sut pas lui-même échapper.

Obs. 1re. « J.-L. Petit avait ouvert un abcès du testicule ; les accidents aigus avaient en partie disparu, et l'état du malade s'améliorait sensiblement. Cependant, rapporte le chirurgien, il sortait toujours, par l'ouverture de la tunique albuginée, une substance que je croyais être du pus quand elle était fluide, ou une séparation de quelques eschares quand elle avait quelque consistance ; mais, m'étant aperçu que quand ces lambeaux résistaient à leur séparation il restait un peu de sang, je crus qu'il fallait ouvrir davantage pour voir le fond, ce que je fis, et alors je reconnus que c'était la propre substance du testicule que je tirais, laquelle, n'étant composée que de petits vaisseaux, se développait comme un peloton de fil, de la même manière qu'on les développe dans les testicules du rat, de l'homme et de la plupart des animaux. Je cessai de tirer et même d'essuyer ce qui sortait par l'ouverture faite à la membrane, que je pansai par la suite avec un plumasseau plat trempé dans le baume de Fioraventi ; je continuai d'appliquer sur le reste de la plaie le digestif ordinaire, et il ne sortit plus rien de semblable ni au pus, ni aux eschares ou lambeaux dont il s'agit. La plaie du corps du testicule se mondifia, et, les chairs se réunissant au reste, il n'y eut qu'une seule plaie qui fut assez promptement cicatrisée ; le testicule fut adhérent à la cicatrice, et il était extrêmement diminué de grosseur, parce qu'il avait perdu plus d'un tiers de sa propre substance, que j'avais tirée à chaque pansement. »

Obs. 2. « J'ai vu depuis, ajoute J.-L. Petit, un pareil cas, où je fus appelé trop tard pour éviter cette faute. Toute la substance du testicule avait été tirée, il ne restait que l'épididyme, lequel était gonflé assez considérablement pour qu'on le prît pour un testicule même ; je ne fis point connaître ce qu'il en était en présence du malade. Étant sorti, mon confrère, inquiet du prétendu testicule, me demanda mon avis ; il fut surpris de la confession que je lui fis de la faute que j'avais commise et encore plus lorsque je la comparai à celle qu'il venait de faire. Ayant rappelé toutes les circonstances, il convint que cela pouvait être ; il me pria de voir de temps en temps le malade, ce que je fis avec plaisir. L'épididyme qu'il croyait être le testicule, parce qu'il était tuméfié, devint dur et grossit encore davantage ; et comme le cordon spermatique pouvait permettre l'amputation, je la proposai, elle fut faite, et nous examinâmes à loisir la partie enlevée. Nous reconnûmes ce que j'avais dit, que le testicule avait été, pour ainsi dire, dévidé

comme un peloton de fil, que la membrane albuginée était restée seule, et que, jointe à l'épididyme, elle formait avec lui le corps gonflé et endurci qu'on avait pris pour le testicule. »

Nous ne ferons que mentionner ici les plaies par instruments contondants qui ne sont qu'une combinaison des plaies précédentes et de la contusion. Ce que nous avons dit suffira pour éclairer le praticien sur cette espèce de plaies.

Le traitement des plaies des testicules est très-simple : si la plaie est faite par un instrument piquant, on se contente de la couvrir d'un plumasseau enduit de cérat, on enveloppe le scrotum d'un cataplasme émollient et d'un suspensoir. Si la plaie est faite par un instrument tranchant, on en rapproche les bords et on les maintient en contact avec des bandelettes agglutinatives peu serrées ; si le scrotum, déchiré dans plusieurs sens et présentant plusieurs lambeaux, laissait le testicule à nu, exposé au contact des corps extérieurs, comme on l'a vu plusieurs fois dans les plaies contuses, il faudrait rapprocher les lambeaux et les tenir réunis par un ou plusieurs points de suture très-lâches, panser ensuite avec un plumasseau enduit de cérat ou d'un digestif simple, et couvrir les bourses d'un cataplasme émollient. On emploie d'ailleurs les moyens généraux propres à combattre l'engorgement inflammatoire du testicule, qui ne manque jamais d'accompagner ces plaies. Par la suite on se conduit comme dans le traitement des plaies qui guérissent par suppuration. Si la substance intérieure du testicule se présente dans la plaie, on doit, comme nous l'avons dit plus haut, se donner garde de l'enlever en la prenant pour la matière de la suppuration.

Lorsque le testicule a été fortement contus et froissé, l'engorgement inflammatoire qui s'en empare est quelquefois si considérable qu'il entraîne la perte de l'organe, dont la substance est détruite par la suppuration, ou s'échappe sous la forme de pus brun, mêlé de filets qui ne sont autre chose que les vaisseaux séminifères. Pour prévenir cet accident, J.-L. Petit conseille de faire des scarifications plus ou moins profondes sur la membrane albuginée. Mais on conçoit que ces scarifications ne peuvent être pratiquées que lorsque le testicule a été mis à découvert par l'instrument qui a fait la blessure, ou par les incisions que l'on a été obligé de pratiquer pour donner issue à du sang extravasé dans les enveloppes de cet organe.

ARTICLE IV.

Inflammation des testicules (orchite).

Les causes qui peuvent donner lieu à l'inflammation du testicule sont fort nombreuses ; on peut les diviser en trois classes : les unes sont constituées par toutes actions traumatiques directes ; les autres dépendent d'une extension de quelque inflammation voisine, et en particulier d'une inflammation urétrale ; enfin le troisième genre est constitué par des principes morbides divers répandus dans l'économie. C'est à cette troisième classe qu'appartient l'inflammation blennorrhagique, la plus importante de toutes, à beaucoup près ; c'est par elle que nous allons commencer. L'intérêt que mérite cette maladie justifiera suffisamment les détails dans lesquels nous allons entrer ; le praticien ne saurait être trop éclairé sur cette affection qui se présente chaque jour à lui.

§ I. Orchite blennorrhagique.

Les discussions qu'a soulevées l'inflammation testiculaire blennorrhagique commencent à sa dénomination.

» Il est une maladie du testicule, dit M. Ricord, qui se montre comme conséquence fréquente de la blennorrhagie, c'est l'engorgement de l'épididyme auquel on doit donner le nom rigoureux d'*épididymite blennorrhagique*, et qu'on désigne mal à propos sous le nom d'*orchite*, de *testicule blennorrhagique*, etc. »

M. de Castelnau (*Annales des maladies de la peau, et de la syphilis*, mai 1844), préfère l'ancienne dénomination d'orchite.

« L'orchite blennorrhagique, dit-il, a reçu différents noms, tels que : *hernie humorale*, *tumeur vénérienne des testicules*, *testicule vénérien*, *inflammation des testicules*, *chaude-pisse tombée dans les bourses*, *orchite urétrale*, *épididymite*, *vaginalite*.

» De tous ces noms, je préférerais celui de chaude-pisse tombée dans les bourses, comme exprimant les vraies conditions anatomo-pathologiques de la maladie, si l'urbanité scientifique ne devait s'efforcer de bannir de son langage les expressions triviales ou bizarres que quelques auteurs, heureusement assez rares, affectent au contraire de rechercher. Peu partisan des locutions nouvelles, je ne proposerai pas de remplacer celle-là; et j'adopterai la dénomination d'*orchite blennorrhagique*, comme la moins défectueuse après celle de chaude-pisse tombée dans les bourses. »

M. Velpeau, pour les raisons qu'on exposera dans un instant, adopte également la dénomination d'orchite.

Caractères anatomiques. Dans le travail que nous avons déjà cité, M. de Castelnau a résumé d'une manière précise les connaissances actuelles sur les lésions anatomiques de l'orchite.

« En n'ayant égard qu'à la fréquence de l'orchite blennorrhagique, il semblerait, dit-il, que rien n'est plus facile à établir que les caractères anatomiques de cette affection. Il n'en est cependant point ainsi, et la raison en est qu'entraînant très-rarement, et peut-être même jamais la mort par elle-même, on n'a que peu d'occasions de faire l'examen anatomique des parties malades. M. Gaussail a été favorisé sous ce rapport, car il a consigné le résultat de trois autopsies dans son important Mémoire (*Archives générales de médecine*, t. XXVII, 1re série, année 1831). Dans le premier de ces cas, il trouva le canal déférent augmenté de volume dans toute son étendue: sa cavité était diminuée et obstruée par une matière d'un blanc-jaunâtre; de petits vaisseaux plus rouges que dans l'état sain se ramifiaient sur ses parois; l'épididyme était volumineux, d'un rouge lie de vin, et à son centre se trouvait un dépôt de matière analogue à celle que renfermait le canal déférent. Le testicule ne présentait qu'une injection marquée des vaisseaux qui se distribuent dans son épaisseur, la tunique vaginale contenait un peu de sérosité roussâtre. Dans les deux autres cas, les lésions étaient à peu près les mêmes; seulement celles des testicules étaient plus prononcées. Il n'est fait mention dans aucune de l'état du tissu cellulaire des bourses. Les vésicules séminales étaient malades dans tous les cas. J'ai eu l'occasion, une seule fois, de faire l'autopsie d'un homme mort d'une fièvre typhoïde pendant la durée d'une orchite blennorrhagique. Le canal déférent était médiocrement tuméfié et seulement dans la longueur d'un pouce et demi à partir de son extrémité inférieure; l'épididyme était à peu près doublé de volume, dur et rougeâtre; le testicule avait la grosseur d'un petit œuf de poule; ses vaisseaux étaient fort injectés, et il renfermait dans son épaisseur trois petits dépôts de matière informe différant du tubercule par une consistance moindre, une transparence et surtout une humidité beaucoup plus prononcées, ainsi que par une coloration plus jaune; la tunique vaginale ne contenait que quelques gouttes de sérosité transparente citrine; le tissu cellulaire sous-cutané était beaucoup plus roide, plus rouge, plus volumineux que dans l'état normal; les vésicules étaient saines.

» Bien que le petit nombre de ces faits ne suffise pas pour établir sur des bases inébranlables l'histoire anatomique de l'orchite blennorrhagique, leur grande analogie permet presque de les considérer comme l'expression de la loi générale; d'autant plus qu'ils concordent parfaitement avec ce qu'on peut constater à l'aide du toucher sur le vivant. » (*loco cit.*)

M. Velpeau, après avoir passé en revue chacune des opinions qui ont été émises sur les caractères anatomiques de l'orchite, exprime à peu près la même manière de voir dans les conclusions suivantes.

» Depuis 1835, dit-il, j'ai pu démontrer sur des centaines de malades, en pleine clinique, à l'hôpital de la Charité et ailleurs :

» 1° Que la tunique vaginale n'est pas constamment le siége d'un épanchement dans l'orchite blennorrhagique;

» 2° Que cet épanchement, qui existe dans la grande majorité des cas, n'entre que pour un sixième, un cinquième, un

quart, un tiers, très-rarement pour la moitié, dans la masse totale du gonflement;

» 3° Que l'épididyme est ordinairement le siége principal, et quelquefois le siége unique de la tuméfaction;

» 4° Que le testicule offre ordinairement aussi un gonflement qui en double ou en triple le volume;

» 5° Enfin, que la tuméfaction est complétée par un épaississement, une infiltration, un empâtement manifeste du scrotum dans une foule de cas. Ces cinq propositions me paraissent aujourd'hui sans réplique. J'en ai démontré la justesse de manière à ne laisser aucune prise à l'incertitude, effectivement l'excès de volume de l'épididyme saute aux yeux de tout praticien observateur. Il en est de même de l'empâtement des tuniques scrotales, et M. Rochoux lui-même est convenu, depuis, que l'épididyme entrait pour quelque chose dans la tumeur qu'il attribuait primitivement au sérum épanché.

»Pour mettre hors de doute la question relative à cet épanchement, j'ai pris le parti de livrer issue au liquide par une piqûre de lancette. Ayant mesuré les différents diamètres de la tumeur avant et après la piqûre, j'ai pu constater, d'une manière nette et précise, les proportions dans lesquelles il fallait faire entrer cet épanchement eu égard au volume total de la tumeur du scrotum. Je crois, au surplus, qu'à l'heure qu'il est une pareille discussion est inutile, attendu que le fait est absolument jugé. » (Velpeau, *loco cit.*, p. 442.)

Il y a aujourd'hui peu de chirurgiens qui ne soient d'accord sur les faits précédents, et c'est là assurément un des points les moins contestés de l'histoire de l'orchite. Il n'en est pas de même de ceux qui nous restent à traiter, sur lesquels nous allons trouver de nombreuses dissidences.

Etiologie de l'orchite blennorrhagique. On a donné comme causes de l'orchite blennorrhagique à peu près toutes celles des inflammations en général; mais nous nous contenterons de discuter ici celles sur lesquelles on a insisté d'une manière particulière, notre tâche sera déjà assez longue.

Epoque d'apparition de l'orchite. Tous les auteurs ont remarqué que l'orchite se développait rarement pendant la première semaine de la durée de l'écoulement, plus fréquemment dans la seconde, plus fréquemment encore dans troisième, la quatrième et la cinquième. Le tableau suivant, dans lequel M. de Castelnau a réuni tous les cas d'orchite rassemblés jusqu'à lui dans le but d'éclairer cette question, fixera définitivement les idées à ce sujet.

Orchites survenues pendant:

NOMS DES OBSERVATEURS :

	MM. GAUSSAIL.	DESPINE.	AUBRY.	DE CASTELNAU.	TOTAUX.
La 1re semaine	3	2	8	3	16
2e —	4	6	17	7	34
3e —	5	2	9	8	24
4e —	16	2	15	6	39
5e —	39	2	8	5	54
6e et au delà	6	15	43	8	72
Totaux.	73	29	100	37	239

Quelques auteurs, tels que Swediaur et Hunter, ne se sont point préoccupés de l'époque à laquelle survenait l'orchite, ils ont seulement dit qu'elle survenait lorsque la blennorrhagie était à son déclin; ce qui les mettait en contradiction au moins apparente avec Bell et ses partisans, lesquels, ne considérant que le nombre de jours, soutenaient que l'orchite se développait indifféremment à toutes les périodes. Voici comment M. de Castelnau, interprétant le tableau qui précède, juge ces différentes opinions.

» Au premier abord, ces chiffres, loin de donner raison à toutes les opinions, semblent au contraire les condamner toutes; mais en poussant plus loin les recherches, comme je l'ai fait, on trouve

que dans tous les cas moins un, dans lesquels l'orchite s'est manifestée après la cinquième semaine, l'écoulement avait conservé son abondance, et les douleurs urétrales leur acuité pendant fort longtemps ; tandis que les orchites qui se sont manifestées dans chacune des autres semaines ont toujours, moins trois fois, coïncidé avec des symptômes urétraux dont la période d'acuité avait eu une durée proportionnelle à l'époque où se manifestait l'orchite. Quant aux orchites qui se sont développées dans le premier septenaire, je remarquerai d'abord que les symptômes urétraux avaient été fort légers, et, de plus, que l'incubation avait été très-longue. Je me contente de signaler cette dernière coïncidence ; avec trois faits on ne peut guère faire autre chose, lorsqu'on veut se maintenir dans les bornes de la prudence. Ainsi se concilient, je crois, les opinions de Bell et de Swediaur : Bell a eu raison, à peu de chose près, en ne considérant que le nombre de jours ou de semaines ; Swediaur et Hunter ont eu raison en ne considérant que la marche de l'écoulement. » (*l. c.*)

Lorsqu'on parle des rapports de l'orchite avec l'écouelment, on suppose nécessairement que l'écoulement existe ; cependant il n'en est pas toujours ainsi. On trouve dans le Mémoire de M. Aubry quatre cas dans lesquels l'orchite s'est manifestée lorsque déjà la blennorrhagie avait entièrement cessé depuis un temps qui variait entre cinq jours et trois mois. A la vérité, M. Aubry répugne à admettre que ces malades ne se soient pas trompés ; mais comme il assure d'un autre côté qu'il a pris toutes les précautions possibles pour les interroger, on ne saurait partager sa répugnance, et il vaut mieux se rendre à l'évidence de ses observations, d'autant mieux que M. Castelnau dit avoir observé deux cas semblables dans lesquels l'écoulement était supprimé depuis dix et vingt jours. M. Castelnau ajoute ensuite : « J'ai même observé un autre cas qui serait beaucoup plus intéressant s'il avait pu être bien constaté ; mais que je ne donne que pour ce qu'il vaut, attendu que je n'ai pu voir le malade qu'une seule fois d'une manière trop incomplète pour acquérir une entière certitude sur ce qu'il disait.

» Ce malade était affecté d'une orchite déjà en voie d'amélioration, et d'un écoulement médiocrement abondant ; il assurait que l'orchite s'était développée la première, une huitaine de jours après un coït avec une femme publique, et que l'écoulement n'avait apparu que cinq jours plus tard. On comprend facilement toute l'importance de ce fait, et je le donne pour attirer l'attention des observateurs sur lui, et pour qu'ils ne négligent pas l'occasion d'en vérifier l'exactitude. » (*L. c.*)

Tout récemment (*Ann. de chir.*, 1844), M. Vidal a rapporté un fait très-détaillé dans lequel ce que M. de Castelnau n'avait fait qu'entrevoir se trouve établi d'une manière très-positive. M. Velpeau semble aussi avoir fait les mêmes observations, car il cherche dans le passage suivant à s'expliquer cette particularité.

« Je m'explique ce fait, dit-il, en admettant comme je l'ai souvent constaté au lit des malades, que l'inflammation blennorrhagique a généralement la fosse naviculaire, la région antérieure de l'urètre pour siége primitif, que de là, elle gagne ensuite, insensiblement ou brusquement, à une époque variable de sa durée, les autres régions du canal, que très-souvent elle parcourt toutes ses périodes sans dépasser en arrière la région spongieuse, sans s'étendre du moins au delà du bulbe ou de la portion membraneuse de l'urètre ; or, il m'a paru qu'il ne survenait jamais d'orchite à moins que l'inflammation ne se fût avancée jusque dans la portion du canal enveloppée par la prostate. Cela étant, il devient tout simple qu'une infinité de malades atteints de blennorrhagie ne soient point affectés d'orchite, et que l'orchite, quand elle survient, n'ait lieu en général qu'à une époque assez avancée de la blennorrhagie.

» J'ai même vu chez un certain nombre de personnes l'orchite ne se manifester qu'après la guérison de l'écoulement, au bout de huit jours dans un cas, de quinze jours dans un autre, c'est qu'il y a lieu de supposer alors qu'un reste d'irritation

s'était maintenu dans la région prostatique de l'urètre ou au col de la vessie. Effectivement, un des malades que j'ai observés, quoique parfaitement guéri de sa blennorrhagie en apparence, continuait cependant de souffrir un peu en urinant, d'éprouver une ardeur d'urine qui ne lui était pas naturelle. Comme il est possible, d'un autre côté, que l'inflammation débute par la région prostatique, ou du moins qu'elle y arrive bientôt, il est facile de s'expliquer les cas d'orchite qu'on a rencontrés, soit au début, soit à une période peu avancée, soit même avant l'apparition de la gonorrhée. » (*Loco cit.*)

On peut comprendre tout autrement l'explication de ce fait ; il en sera question à propos de la nature de l'orchite.

a. *Causes.* L'existence actuelle ou récemment passée d'une blennorrhagie est la condition essentielle de l'orchite aiguë ; mais en dehors de cette condition, sur laquelle nous reviendrons dans un instant, il doit en exister d'autres : car, toutes les fois qu'une blennorrhagie se manifeste, elle n'entraîne pas nécessairement une orchite. Malheureusement la plupart des autres sont restées inappréciées, tant leur manière d'agir est obscure et difficile à pénétrer. Avant d'en aborder l'étude, signalons encore une fois cet écueil si connu, si facile à éviter, et contre lequel cependant viennent à chaque instant échouer les meilleurs esprits ; c'est ainsi que, pour M. Gaussail lui-même, avoir constaté que cinquante et une fois les malades ont fait un excès de boisson, ou une longue course, ou subi un refroidissement, etc., etc., avant le développement d'une orchite, c'est avoir constaté que ces diverses circonstances ont produit l'orchite : cela peut être pour plusieurs cas ; mais ce n'est pas une preuve irrécusable pour tous.

M. Gaussail a cherché à donner le rapport absolu de fréquence entre la blennorrhagie et l'orchite tout en faisant remarquer que, comme on ne reçoit à l'hôpital que par exception les blennorrhagies simples, les chiffres qu'il a pu indiquer n'ont pas une valeur bien positive. « Cependant, dit M. de Castelnau, je ne pense pas qu'il se soit beaucoup écarté de la vérité en appréciant à un dixième la fréquence relative de l'orchite et de la blennorrhagie. Voici les chiffres que j'ai obtenus en notant à la consultation tous les cas d'orchite et tous les cas de blennorrhagie, simple ou compliquée, qui s'y sont présentés, et en ayant soin, bien entendu, de ne pas compter deux fois les mêmes maladies : sur un nombre total de onze cent soixante-douze blennorrhagies, deux cent soixante-cinq étaient accompagnées d'orchite, c'est-à-dire qu'il y avait environ une orchite sur quatre et demie blennorrhagies. Ce résultat n'est pas tout à fait en rapport aves l'opinion de certains chirurgiens qui avancent à tout hasard que l'orchite n'a pas lieu une fois sur cent comme ils diraient une fois sur dix ou une fois sur mille. » (*L. c.*)

L'intensité des phénomènes blennorrhagiques ne paraît avoir aucune influence sur le développement de l'orchite : sur trente-sept malades affectés d'orchite que M. de Castelnau a interrogés dans ce sens, trente et un avaient médiocrement souffert au début de la blennorrhagie, six avaient éprouvé des douleurs très-vives, et un de ces six avait eu une hémorrhagie urétrale qui était allée jusqu'à produire la syncope ; chez ce malade l'orchite se développa pendant qu'il gardait le repos au lit et qu'il était encore dans une anémie très-prononcée, suite de son hémorrhagie.

L'existence d'autres symptômes syphilitiques compliquant la blennorrhagie semble avoir une influence beaucoup plus prononcée que le plus ou moins d'intensité de ses propres phénomènes, ainsi qu'on le verra dans un instant.

Toutes les blennorrhagies ne disposent pas également à l'orchite. M. Gaussail (*Arch. gén. de méd.*, 1833) avait déjà signalé ce fait que M. de Castelnau a développé davantage dans le passage suivant :

« J'ai déjà dit que M. Gaussail avait remarqué la plus grande rareté de l'orchite dans la blennorrhagie compliquée que dans la blennorrhagie simple. Voici ce que je trouve en examinant sous ce rapport mes observations : mes onze

cent soixante-douze blennorrhagies étaient réparties de la manière suivante : blennorrhagies simples, neuf cent quatre-vingt-onze ; blennorrhagies compliquées, cent quatre-vingt-une ; l'orchite coïncidait deux cent cinquante-trois fois, ou un peu plus du quart, avec les premières, et douze fois, ou un quinzième, avec les secondes ; ces chiffres confirment pleinement la remarque de M. Gaussail, laquelle peut être considérée maintenant comme une vérité démontrée. Je dois dire que j'ai fait entrer dans les cas compliqués les blennorrhagies accompagnées de bubons ou, si l'on veut, d'engorgements inguinaux, lesquels sont généralement peu prononcés, comme chacun le sait, et qui semblaient par conséquent ne pas devoir exercer une grande influence sur le développement de l'orchite ; et cependant sur quatre-vingt-huit blennorrhagies de cette espèce cinq seulement, c'est-à-dire moins d'un dix-septième, furent suivies d'orchite. Je ne dirai rien de l'influence spéciale de chacune des autres complications, les observations n'étant pas assez nombreuses pour fournir des données certaines sur ce sujet. J'ajouterai seulement que la complication de végétations, soit à la verge, soit à l'anus, paraît avoir une influence nulle. » (*loc. cit.*)

1° *Age*, *tempéraments*, *idiosyncrasies*, *professions*, *climats*, *maladies antérieures*. M. Marc d'Espine a donné sur l'âge, le tempérament, la profession de ses malades des tableaux qui ne peuvent conduire à aucun résultat, à cause du petit nombre de faits qu'ils renferment et qui seraient encore fort difficiles à interpréter si le nombre en était plus grand. Il faut donc se résoudre à renvoyer à un autre temps la solution de ces importantes questions. Il en est de même de celles qui se rapportent à l'influence des climats, des saisons et des maladies antérieures, syphilitiques ou autres ; il semblerait cependant résulter du relevé, à la vérité trop restreint, de M. Aubry (*Arch. gén. de méd.* 1840), que l'orchite, contrairement à la pneumonie, a moins de tendance lorsqu'elle récidive à affecter le testicule qui a déjà été malade que celui qui ne l'a pas encore été.

Des observateurs attentifs, M. Gaussail entre autres, ont cru remarquer une disposition particulière de la part de certains individus à être affectés d'orchite. Nous n'avons pas encore eu l'occasion de faire une semblable remarque. Nous dirons seulement que la manière dont M. Gaussail s'explique cette particularité ne paraît pas très-fondée, puisqu'elle repose sur la supposition qu'une première orchite prédispose à une seconde, tandis que les faits dus à M. Aubry, et dont nous avons déjà parlé, sembleraient indiquer tout le contraire.

On a beaucoup discuté sur la disposition particulière de chaque testicule à l'inflammation blennorrhagique, les uns soutenant que le testicule droit y était plus exposé, les autres, et les plus nombreux, que c'était le gauche ; chacun avait son explication, mais personne n'avait cherché à s'assurer du fait par le seul moyen possible ; aussi est-il arrivé que les uns et les autres se trompaient. Le tableau suivant, dressé par M. de Castelnau, prouve en effet que les deux testicules sont à peu près également disposés à l'orchite.

OBSERVATEURS.	ORCH. DROITES.	ORCH. GAUCHES.	ORCH. DOUBLES.	TOTAUX.
MM. Gaussail	45	24	4	73
M. D'Espine	12	11	6	29
Aubry	40	52	7	99
De Castelnau	125	135	7	267
Totaux	222	222	24	468

Les injections ont été considérées, par les uns, comme une cause d'orchite ; par les autres, comme un prophylactique de cette maladie. Voici comment en parle M. Velpeau :

« Les injections médicamenteuses ont été considérées comme cause d'orchite par un grand nombre de praticiens ; aujourd'hui encore elles en sont souvent accusées par des gens étrangers à la mé-

decine. J'ose à peine le dire, mais je suis fort disposé à croire que cette opinion n'est pas absolument dépourvue de fondement. Un bon nombre des malades, près desquels j'ai été appelé, ne pouvaient réellement attribuer l'orchite dont ils étaient affectés qu'aux injections qu'ils s'étaient faites dans l'urètre. Il n'y a pas de praticien qui ne puisse s'assurer que l'injection astringente, résolutive, détersive, dont on se sert en pareil cas, irrite le canal partout où elle est mise en contact avec la membrane muqueuse, saine ou non ; il en résulte que, si l'inflammation est bornée à la portion spongieuse de l'urètre, l'injection peut devenir une cause d'extension, de propagation de cette inflammation en arrière ; il en résulte aussi que, si le liquide médicamenteux pénètre jusqu'au col de la vessie, il peut très-bien transmettre aux canaux éjaculateurs une irritation qui se portera ensuite par le canal déférent jusque dans le testicule. Je me hâte d'ajouter néanmoins que cette cause d'orchite me paraît assez rare, et qu'elle ne peut guère s'appliquer qu'à des injections de liquides trop énergiques ou trop intempestivement appliqués. » (*Dict. cit.*, p. 446.)

M. de Castelnau croit qu'on ne peut arriver qu'à des résultats fort douteux sur la question qui nous occupe en ce moment.

« On a accusé, dit-il, les injections urétrales de déterminer souvent l'orchite. Cette opinion n'est pas démontrée, non plus que l'opinion contraire qui regarde les injections comme un excellent moyen préventif. Il n'est pas utile de faire voir que les rares partisans de la dernière opinion ne semblent y avoir été conduits que par le raisonnement que voici : les injections suppriment l'écoulement de bonne heure ; or, comme l'orchite n'arrive ordinairement que dans le second ou le troisième septénaire de la blennorrhagie, si l'on supprime cette dernière avant cette époque, on empêchera par cela même le développement de l'orchite. A cela il y a d'abord à objecter qu'on peut mettre en question de savoir si les injections arrêtent plus promptement que les autres moyens la marche de la blennorrhagie ; mais, en admettant même comme vrai ce fait contestable, il ne s'ensuivrait nullement la fréquence moindre de l'orchite ; seulement, dans ces cas, l'orchite se développerait plus tôt. En effet, si l'orchite se développe dans la seconde ou la troisième, ou quatrième semaine, c'est parce qu'à cette époque l'inflammation urétrale se calme ; si celle-ci diminuait plus tôt, l'orchite arriverait plus tôt également. » (*loc. cit.*)

Quelques auteurs ont considéré le froid comme une cause assez efficace d'orchite. Astley Cooper a particulièrement insisté sur cette cause ; mais il a introduit un peu de confusion dans la manière de considérer les faits. Voici comment il expose son opinion :

« Le scrotum est sensible aux variations de la température autant qu'aucune autre partie du corps ; aussi ces variations peuvent-elles déterminer l'inflammation du testicule, au moins par sympathie. Les effets du refroidissement sur le scrotum ressortiront dans l'observation suivante :

Obs. 1re. « Un malade de l'hôpital de Guy, qui se trouvait à la retraite de l'armée du duc d'York, et qui avait été exposé à un froid excessif, eut le scrotum gelé. Cet organe fut frappé de sphacèle. La tunique vaginale et le tendon du muscle crémaster furent dénudés. Ce dernier était couvert de bourgeons charnus quand le malade entra à l'hôpital, mais il ne se forma point un nouveau scrotum ; et, comme les bourgeons charnus ne jouissaient d'aucune sensibilité, j'en conclus qu'ils s'élevaient du crémaster plutôt que des tuniques. La surface de la plaie ne rendait qu'une petite quantité de pus. La gangrène s'était étendue à l'aine et avait divisé les vaisseaux absorbants du pénis, qui était énormément tuméfié. Un dessin de ce sujet, fait par M. Lewis, chirurgien à Marck-Lane, est conservé dans le muséum de l'hôpital Saint-Thomas. J'ai en ma possession une excellente copie de ce dessin.

» Le changement soudain de vêtement, quand on en quitte un très-chaud pour en prendre un beaucoup plus léger, est une cause d'inflammation des testicules.

« Les mêmes accidents sont produits

lorsqu'on se lave les parties génitales avec de l'eau froide, dans le moment où le corps est échauffé et dans un état de relâchement, ou lorsqu'on prend un bain froid après un exercice violent. » (Ast. Cooper, *Œuvres de chirurgie.*)

Il serait inutile sans doute de montrer le défaut du procédé d'A. Cooper. Quelle analogie y a-t-il entre les faits comparés par le chirurgien anglais ! Qui doutait, avant les écrits d'A. Cooper, que le froid ne put gangrener le scrotum et même les testicules comme toutes les autres parties du corps ! Mais est-ce là ce qu'on peut entendre lorsqu'on dit que le refroidissement d'une partie la dispose à l'inflammation? Personne ne saurait le penser. L'opinion de Cooper n'est donc, quant à présent, rien moins que prouvée. Il faut même dire que les faits ne lui semblent pas très-favorables ; car, si le froid avait une influence évidente sur le développement de l'orchite, il est probable qu'elle serait plus fréquente en hiver qu'en été, ce qui n'est pas ; nous croyons même que, s'il y a une différence, elle est en faveur de la saison chaude.

Astley Cooper assure aussi qu'une excitation vénérienne, avec l'impossibilité d'y satisfaire à l'instant même, produit une vive douleur, et, comme conséquence de la grande distension des tubes séminifères et de la nature inextensible de la tunique albuminée, l'inflammation chez les personnes très-irritables. C'est encore là une cause dont nous n'avons pas eu l'occasion de constater les effets, et nous craignons bien qu'Astley Cooper ne se soit abusé sur ce point.

Symptômes, marche de l'orchite, terminaisons. Les symptômes de l'orchite sont locaux ou généraux. Nous allons commencer par les premiers.

Dans le plus grand nombre de circonstances l'orchite est annoncée par une douleur siégeant dans l'aine du côté qui doit être affecté; cette douleur s'irradie quelquefois vers l'épine iliaque antéro-supérieure, et se fait bientôt sentir dans le testicule, soit en passant, soit en ne passant pas par l'intermédiaire du canal déférent.

Pour constater le début de la douleur dans l'aine il faut interroger les malades avec assez de soin, parce que cette douleur étant généralement peu considérable, la plupart la négligent et ne croient réellement être malades que du moment où elle a envahi le testicule où elle se fait toujours le plus vivement sentir; l'intensité qu'elle y acquiert est, du reste, extrêmement variable : bornée quelquefois à une simple sensation de pesanteur, elle consiste le plus ordinairement dans des élancements assez vifs, qui, dans des cas rares, acquièrent un tel degré de violence que les malades sont dans une grande agitation, ne peuvent avoir un instant de sommeil, et poussent même des gémissements. C'est surtout dans ces derniers cas que la douleur se fait sentir vers l'épine iliaque, et même dans toute la région lombo-abdominale, dans les reins, dans la longueur du membre malade. Les moindres froissements, le seul poids du testicule dans la station, la marche et surtout les secousses résultant d'un faux pas, l'exaspèrent singulièrement et la font retentir dans le rein correspondant, quelquefois dans les deux. Il est difficile, dans la période aiguë, d'assigner un siége spécial à cette douleur : de quelque côté que l'on touche la bourse malade, et quelquefois celle du côté opposé, même avec l'extrémité d'un doigt, on l'augmente considérablement; lorsque l'acuité est un peu calmée et que le malade peut supporter une compression légère il est facile de s'assurer que c'est surtout dans le testicule et dans l'épididyme que la sensibilité est exaltée, quelquefois plus sur l'un que sur l'autre; plus souvent à un degré à peu près égal dans les deux; ce n'est que dans des cas beaucoup plus rares que la douleur se concentre spécialement dans le cordon, et alors toujours, ou presque toujours, dans la partie inférieure; si la douleur est quelquefois très-aiguë, elle ne conserve jamais long-temps un pareil caractère : arrivée au summum d'intensité vers le troisième, le quatrième ou le cinquième jour, elle se calme ordinairement après avoir persisté à ce degré pendant vingt-quatre heures, et devient supportable après quarante-huit; une fois qu'elle est ainsi modérée, elle

décroît beaucoup plus lentement et exige encore un à deux septénaires, c'est-à-dire trois septénaires en tout, pour disparaître complétement.

La tuméfaction suit, dans sa période ascendante, une marche fort analogue à celle de la douleur : débutant tantôt par le cordon, tantôt par l'épididyme ou le testicule, et le plus souvent par un point qu'il est impossible de déterminer, parce qu'on n'est habituellement appelé à voir les malades que lorsque plusieurs parties sont déjà affectées ; elle s'accroît promptement et arrive, en trois, quatre ou cinq jours, à son point extrême. L'invasion du gonflement dans tous les points qui doivent être affectés se fait si promptement qu'il est difficile de croire que certains auteurs aient pu suivre du doigt, aussi souvent qu'ils le disent, sa marche progressive ; il est à présumer qu'ils ont, dans bon nombre de cas, suppléé par la pensée à la constatation physique du fait. C'est déjà beaucoup, et cela n'est pas fréquent, quand on peut sentir que la partie supérieure du cordon est tuméfiée pendant que le testicule est encore sain. Le degré de tuméfaction est variable et, sauf de rares exceptions, en rapport direct avec l'intensité de la douleur. Dans son minimum elle acquiert le volume d'un petit œuf de poule ; dans son maximum celui du poing du sujet ; ce dernier volume est rare. Les parties qui concourent à la former sont, ainsi qu'il a été dit à propos des caractères anatomiques, toutes celles qui forment les bourses, et c'est à cause de cette circonstance, d'une part ; à cause du transport d'un principe morbide ou de son centre d'action, d'autre part, que la dénomination de chaudepisse tombée dans les bourses serait réellement la meilleure, si elle ne choquait un peu la susceptibilité d'une oreille délicate. C'est par la même raison que le mot testicule, pouvant à la rigueur servir d'équivalent au mot bourse, abstraction faite toutefois du scrotum et du tissu cellulaire, la dénomination d'*orchite* est, après la précédente, celle qu'il faut préférer. Dans les deux ou trois jours qui suivent le début de l'orchite la tumeur ne forme qu'une masse homogène, d'une dureté à peu près égale partout, le scrotum, du côté malade, est tendu, luisant, adhérent aux parties sous-jacentes, et d'une rougeur dont le maximum d'intensité est à la face externe du testicule affecté, d'où elle se prolonge en mourant jusque sur le testicule sain. A cette époque on ne peut pas constater le siége précis de la tuméfaction, d'autant plus que le toucher est extrêmement douloureux ; mais, dans l'espace de deux ou trois jours, la masse, en diminuant un peu, se sépare en deux parties, dont l'une, antéro-supérieure, est le testicule, et l'autre, postéro-supérieure, est l'épididyme, qui couvre le premier dans une étendue plus ou moins grande ; le testicule est, en général, peu augmenté de volume, mais il a perdu cette molle rénitence qui le caractérise ; le gonflement de l'épididyme est, au contraire, beaucoup plus prononcé, puisque cet organe égale alors en volume le testicule lui-même. C'est là la raison qui a fait donner à l'orchite la dénomination mauvaise d'*épididymite*, car on semble exclure, en précisant ainsi, la participation des autres parties à la maladie ; erreur qu'on évite en se servant du mot plus général que nous avons adopté. Quelquefois on peut, à l'époque dont il s'agit, sentir la fluctuation et s'assurer par là de l'existence d'un liquide dans la tunique vaginale ; quelquefois ce liquide est assez abondant pour produire le phénomène de la transparence. Si l'on n'avait pas insisté dans tous les ouvrages sur les difficultés de constater la fluctuation dans le testicule, ce serait ici le cas ; mais on peut se contenter de les rappeler, et dire que ceux qui les ont signalées n'ont rien exagéré.

M. Ricord a bien décrit les symptômes qu'on peut appeler physiques.

« Ainsi, peut être dans un peu plus de la moitié des cas, il se fait un épanchement de sérosité dans la tunique vaginale. Cet épanchement, qui est une des principales conditions du volume qu'offre alors le scrotum, est loin d'en être la cause unique. Il peut manquer complétement ou n'exister que dans de très-petites proportions ; tout le développement des parties malades étant alors dû au gonflement de l'épididyme, ou à l'enflure

d'autres tissus voisins. Dans de nombreuses recherches faites à l'hôpital pour constater la présence, la quantité du liquide épanché, il m'est arrivé plusieurs fois d'en trouver du côté sain, tandis que du côté de l'épididymite, il n'y en avait pas. La quantité en varie depuis quelques gouttes jusqu'à plusieurs onces. Quant à la qualité du liquide, je ne l'ai jamais trouvée telle qu'elle pût conduire à l'idée d'une inflammation de la séreuse qui l'avait fourni. Dans la très-grande majorité des cas, c'était une sérosité citrine, transparente, sans flocons albumineux, sans trace de pus, sans mélange de sang. Lorsqu'on a dit qu'en faisant la ponction de la tunique vaginale dans l'épididymite blennorrhagique, il s'en échappait un liquide sanguinolent roussâtre, on s'est évidemment souvent trompé, en prenant pour une exhalation sanguine, le mélange qui se fait au moment où la sérosité traverse la plaie saignante qu'on a faite au scrotum. Dans quelques cas, par voisinage, par contiguïté, la tunique vaginale peut bien devenir le siége d'une véritable inflammation, et présenter alors tous les symptômes des inflammations des séreuses, quant aux altérations de tissu et aux sécrétions morbides ; mais, je le répète, c'est là une rare exception ; car toujours, ou presque toujours, ce qui se passe du côté de la tunique vaginale est plutôt dû à un épanchement symptomatique de l'engorgement de l'épididyme, conséquence d'une gène dans la circulation, qu'à une vaginalite, comme on l'avait cru un moment. Cet hydrocèle de la tunique vaginale, qui dans ces derniers temps a été le sujet de plus d'une discussion académique et de nombreux articles de journaux où les opinions d'abord les plus opposées sont venues se fondre dans un juste milieu, constitue un accident qui mérite beaucoup d'attention, et sur lequel peut-être, avant M. Rochoux, on n'avait pas assez insisté.

» Bien que rien n'empêche un hydrocèle de se produire chez un individu actuellement affecté de blennorrhagie, sans que cette affection en soit de nécessité la cause, ce n'est qu'alors qu'il y a déjà un engorgement plus ou moins prononcé de l'épididyme que l'épanchement survient. J'ai pu constater la présence de la sérosité dans la tunique vaginale, dès les premières vingt-quatre heures qui ont suivi l'apparition du gonflement de l'épididyme ; le plus ordinairement il est rare, à moins de recrudescence aiguë, que passé le deuxième septénaire de la durée d'une épididymite on voie survenir l'épanchement pour la première fois. Il a pu disparaître en partie après avoir existé, rester dans de certaines proportions, et prendre plus tard de l'accroissement ou se reproduire quand on l'avait déjà évacué; mais quand il n'a pas eu lieu d'abord, il survient rarement plus tard. La production de l'hydrocèle et son volume ne sont pas toujours en rapport direct avec l'intensité et la gravité de la maladie. Le contraire s'observe assez souvent. Je n'ai pas trouvé non plus que l'hydrocèle fût plus fréquent lorsque l'engorgement du canal déférent accompagne l'épididymite.

» Quoi qu'il en soit, on peut constater la présence du liquide dans la séreuse du testicule à l'aide de la fluctuation, que le corps du testicule peut simuler quelquefois par la transparence, quand la peau et le tissu cellulaire du scrotum ne sont pas affectés ; et toujours à l'aide de ponctions exploratrices, dont on a souvent un peu abusé. Lorsque l'épanchement se fait de manière à ne faire porter la pression que sur la tunique vaginale, les malades n'éprouvent pas ces douleurs si aiguës, si caractéristiques de l'inflammation des séreuses, de telle façon qu'on trouve encore, sauf les cas exceptionnels, la preuve que la membrane n'est pas enflammée, et que ce n'est que par le fait de sa distension et par la compression de l'épididyme malade que la douleur s'accroît.

» Dans l'ordre de succession des accidents additionnels possibles, on voit fréquemment survenir l'œdème du tissu cellulaire sous-scrotal et de celui du cordon ; dans quelques cas plus rares, c'est une véritable inflammation phlegmoneuse avec toutes ses conséquences. Tantôt la peau des bourses change à peine de couleur et paraît seulement un peu plus épaissie ; le raphé est déjeté du côté opposé à la maladie ; d'autres fois, rou-

ge, animée, chaude, la peau participe à l'inflammation, perd sa mobilité et forme un tout solide avec les parties qu'elle recouvre, surtout lorsque la maladie a gagné le testicule lui-même. L'inflammation de la peau ne prend que très-rarement les caractères de l'érysipèle extensif, et, quel que soit son degré d'intensité, elle est presque toujours limitée à un seul côté à moins qu'il ne s'agît d'une épididymite double. L'œdème simple, ou l'inflammation plus ou moins aiguë du tissu cellulaire des bourses, peut acquérir un volume très-considérable surtout dans les parties déclives, et plus encore chez les malades qui continuent à marcher ou à rester debout. Il constitue alors une bonne partie du volume total de la tumeur, qui dans ces cas est aplatie de droite à gauche; tandis que dans les circonstances opposées elle est moins arrondie ou pyriforme, et souvent ramenée contre l'anneau inguinale par la contraction spasmodique et douloureuse des crémasters.

» Cependant l'extension la plus grave, l'accident le plus fâcheux consiste dans l'inflammation du corps du testicule, dans le développement de l'orchite proprement dite. L'inflammation du testicule, regardée comme la maladie principale par quelques pathologistes peu attentifs, et que Swediaur aurait cru devoir arriver de nécessité après celle de l'épididyme, qui n'était pour lui que le point de départ, peut être considérée comme une rare exception; elle n'a peut-être pas lieu deux fois sur cent. Lorsque l'inflammation gagne le testicule, elle prend les caractères des inflammations avec étranglement, les douleurs deviennent plus intenses, compressives, le toucher est bien plus insupportable, et les phénomènes sympathiques beaucoup plus prononcés; fièvre, hoquet, vomissement, syncopes. Quelquefois il survient de la gêne dans l'émission de l'urine. Le sperme est altéré, roussâtre, sanieux. Alors aussi on rencontre plus souvent l'inflammation de la peau et du tissu cellulaire des bourses, le canal déférent et le tissu cellulaire du cordon sont aussi ordinairement engorgés; tandis que, lorsque l'épididyme seul est malade, ces parties, comme je l'ai déjà dit, peuvent ne présenter aucune altération appréciable au toucher. Lorsqu'il n'existe pas de sérosité dans la tunique vaginale, soit qu'elle ne s'y soit pas formée, ou qu'on l'ait évacuée, on peut toujours, quoi qu'en aient dit quelques observateurs, s'assurer de l'état du testicule et de son plus ou moins de participation à la maladie. Quand il est resté sain, on le trouve avec son volume normal facile à comparer à celui du côté opposé, et surtout avec cette semi-fluctuation, cette rénitence élastique *sui generis*, qui le caractérise et le fait si bien distinguer de l'espèce de croissant formé par l'épididyme, et dans lequel il est enchâssé. Mais lorsque l'inflammation l'a atteint, malgré la résistance que doit lui opposer son enveloppe fibreuse, il prend du volume, et, obéissant à la loi de tous les tissus enflammés, il perd sa souplesse, son élasticité; on dirait qu'il se coagule et finit par se confondre, en durcissant, avec les parties voisines, desquelles on a souvent de la peine à le distinguer. » (Ricord, *Journal de chirurgie,* mai 1843, p. 167.)

La première chose qui revient à l'état normal, c'est la rénitence du testicule, qui reparaît à peu près vers le cinquième ou sixième jour; la résolution la suit de près; mais elle marche beaucoup plus lentement, et n'est complète, dans le plus grand nombre de cas, que du dixième au vingtième jour; assez souvent elle se prolonge beaucoup plus long-temps. La résolution du cordon succède à celle du testicule, et enfin, après celle-ci, vient celle de l'épididyme, qui a lieu la dernière, après un temps beaucoup plus long; mais la résolution de l'épididyme diffère de celle des autres organes non-seulement par sa lenteur excessive, mais encore par sa marche. Dans le testicule et dans le cordon, la résolution est progressivement régulière, comme dans un léger phlegmon suppuré; dans l'épididyme, au contraire, cette résolution marche assez promptement pendant les premiers jours, et se fait surtout à la partie antérieure de l'organe; lorsqu'elle a réduit la tumeur environ de moitié, elle se ralentit considérablement, et permet de sentir à la

partie postéro-inférieure de l'épididyme un noyau de consistance pierreuse dont on observe rarement la disparition complète, même lorsqu'on peut suivre le malade pendant trois ou quatre mois. Ce sont, sans doute, ces noyaux qui ont fait dire aux auteurs que l'engorgement blennorrhagique persistait assez souvent toute la vie. Il est certain que l'extrême lenteur avec laquelle ils se résolvent semble autoriser une pareille opinion; cependant, nous ne sachions pas que personne en ait constaté rigoureusement l'exactitude. Nous venons de dire que ces noyaux se forment le plus souvent à la partie postérieure, mais ils peuvent se former aussi à la partie antérieure et moyenne, et ils peuvent même se former dans le testicule; ordinairement uniques, ils sont quelquefois multiples; ils ne provoquent aucune douleur spontanée, et ne sont guère plus sensibles à la pression que le reste de l'organe, quelquefois ils le sont moins. Les plus petits sont du volume d'un pois. Les plus gros ne dépassent guère le volume d'une noisette. C'est une chose bien remarquable que la rapidité avec laquelle ces noyaux se forment, comparée à la lenteur avec laquelle ils se dissipent; nous les avons vus dans des cas d'orchite développés sous nos yeux, et dont le gonflement était peu prononcé, acquérir en six ou huit jours cette consistance pierreuse qui les caractérise.

Lorsqu'il s'est fait un épanchement dans la tunique vaginale, le liquide est résorbé habituellement pendant que s'opère la résolution des autres parois; rarement il persiste ou augmente, comme il sera dit plus loin. Nous n'avons pas parlé de l'état de la peau et du tissu cellulaire, parce que ces parties étant affectées d'une manière tout à fait accessoire, leur état ne présente, en général, rien qui doive attirer spécialement l'attention du médecin; cependant on les a vues, dans des circonstances fort rares, devenir le siége d'abcès. On a même parlé de gangrène du scrotum; mais cet accident est si rare, qu'il est bien probable que lorsqu'il s'est manifesté, il était dû à des complications qu'on a oublié de mentionner.

Les douleurs et le gonflement ne semblent pas être les mêmes en durée et en intensité dans toutes les orchites, abstraction faite des différences qui tiennent à l'individu. Ainsi M. Marc d'Espine a trouvé sur un nombre de cas qui, à la vérité, est insuffisant pour établir une règle définitive, que la douleur a une durée moyenne de douze à treize jours pour les orchites doubles, de vingt et un à vingt-deux pour les gauches, et de vingt-quatre à vingt-cinq pour les droites; il a trouvé par opposition que le gonflement avait une durée plus grande dans les doubles que dans les simples. M. de Castelnau n'a pas trouvé dans ses observations de différence assez grande pour être notée entre les orchites des deux côtés; mais il a cru trouver des différences non aperçues encore en établissant quelques distinctions qui lui semblent nécessaires pour bien apprécier la marche des orchites; ainsi, en divisant en deux séries celles qui se sont manifestées dans les trois premières semaines d'une part, et celles qui se sont manifestées plus tard, on trouve pour la douleur une différence de six jours en faveur des dernières, et pour le gonflement une différence de quatre jours dans le même sens. Quant aux orchites doubles, leur nombre est trop limité pour qu'on en puisse rien conclure de précis; nous dirons seulement que, dans celles que nous avons vues, la durée de la douleur, ainsi que celle du gonflement, a été plus courte que dans les orchites simples; mais il faut, si l'on veut obtenir des résultats comparables, s'entendre sur la manière d'apprécier cette durée. Dans les orchites doubles d'emblée, il n'y a pas deux manières de déterminer la durée de la maladie; mais dans celles qui se développent successivement, il n'en est plus de même : si l'on prend pour la durée de la maladie la durée totale des deux orchites, on pourra trouver que les orchites doubles durent autant et même plus que les simples; mais si l'on procède différemment, on trouvera sans doute le contraire. Lorsque, dans une orchite double successive, le second testicule se prend peu de temps après le premier, l'affection de celui-ci est de

courte durée. Lorsqu'il ne se prend qu'à la fin, le contraire arrive.

L'état de la sécrétion spermatique n'a été étudié que très-imparfaitement pendant la durée de l'orchite ; M. Lagneau a cité un fait dans lequel un malade, affecté d'un gonflement du testicule, datant déjà de deux mois, avait eu une pollution mêlée de stries de sang pendant un rêve érotique. D'après les renseignements que M. de Castelnau a obtenus de ceux de ses malades sur lesquels il pouvait le plus compter, la fonction sexuelle ne serait que bien peu modifiée, au moins une fois que la période aiguë de l'orchite est passée.

Symptômes généraux. Les auteurs se sont en général peu préoccupés de ces symptômes. M. Marc d'Espine est le premier qui ait cherché à les étudier d'une manière positive ; M. de Castelnau a résumé les recherches de cet observateur et les siennes propres dans le passage suivant :

« La fièvre qui accompagne souvent l'orchite à son début est un type de fièvre symptomatique ou sympathique, c'est-à-dire qu'elle est entièrement sous la dépendance de l'état local, et qu'elle ne peut s'expliquer que par ce *consensus*, cette solidarité réciproque, qui existe entre toutes les fonctions. Cette fièvre est, en général, peu prononcée dans l'orchite ; elle n'a lieu que dans la période d'accroissement, et seulement dans les cas où les symptômes locaux, dont elle suit les vicissitudes, offrent un certain degré d'intensité. M. Marc d'Espine, sur 24 cas d'orchite, en a trouvé 17 dans lesquels la fièvre avait existé dès le début, et 2 dans lesquels elle s'est manifestée lors des rechutes, tandis qu'elle n'avait point eu lieu dans l'affection primitive. Je n'ai constaté de fièvre que chez 11 de mes 57 malades, résultat qui diffère notablement de celui du savant et consciencieux observateur que je viens de citer. Je crois que la plus grande cause de cette différence réside dans la manière dont nous avons apprécié les réponses des malades ; car ce n'est guère que d'après leurs renseignements qu'on peut éclaircir une semblable question, puisqu'ils se présentent presque toujours à une époque où les phénomènes généraux ont déjà disparu, à supposer qu'ils aient existé. Or, comme l'intelligence des malades n'est pas toujours très-développée, j'exigeais, pour admettre l'existence de la fièvre, qu'il y eût eu de l'inappétence et une chaleur prononcée de la peau. M. Marc d'Espine a cherché à déterminer la durée de cette fièvre, et l'a trouvée de cinq jours pour les gauches, de trois et demi pour les droites, et de deux pour les doubles. Ces chiffres, jusqu'à présent, prouvent seulement que la fièvre n'est le plus souvent qu'un phénomène accessoire dans la maladie qui nous occupe, mais rien de plus. » (*Loco cit.*)

On a encore placé dans les phénomènes sympathiques de l'orchite les douleurs des lombes et du membre correspondant au testicule malade, et enfin la céphalalgie, les nausées et les vomissements : les douleurs des reins et des membres inférieurs s'expliquent par les connexions nerveuses du testicule avec ces parties, et quelquefois par une véritable complication néphrétique ; et quant aux nausées, surtout aux vomissements, ce sont des phénomènes fort rares, et je n'ai pas eu l'occasion de les observer, bien que j'aie vu quatre cas d'orchite des plus violents. En revanche j'ai observé un cas dans lequel le malade a été pris de symptômes typhoïdes, peu prononcés à la vérité, et qui ont suivi la marche de la maladie locale. Je suis certainement bien loin d'admettre, malgré cette coïncidence, qu'il y eût une dépendance réelle entre les deux maladies ; les affections à forme typhoïde légère sont assez fréquentes, de même que l'orchite, pour que toutes deux aient pu attaquer en même temps un sujet qui se trouvait dans des conditions favorables pour être atteint de l'une et de l'autre. Cependant comme j'ai vu plusieurs autres cas de symptômes syphilitiques coïncidant avec un *état* ou une véritable fièvre typhoïde, j'ai pensé qu'il pourrait ne pas être inutile de joindre celui-ci à ceux que j'aurai occasion de publier plus tard.

Obs. 2. « Cuss... (Jean), âgé de 24 ans, cheveux châtain-foncé, yeux gris,

peau assez blanche, système musculaire assez développé, entra à l'hôpital Beaujon, service de M. Louis, le 29 mars 1842.

» Il n'avait jamais eu de maladie grave, ni d'autre affection syphilitique que celle dont il portait encore les suites. Celle-ci était une blennorrhagie qui se manifesta cinq semaines avant l'entrée du malade à l'hôpital; trois semaines après son début, c'est-à-dire il y a quinze jours, les douleurs de l'urètre étant alors complétement dissipées, et l'écoulement moindre d'environ un tiers, celui-ci diminua brusquement et, à peu près en même temps, le testicule droit devint gros et douloureux; le gonflement et la douleur, légers d'abord, augmentèrent peu à peu et s'accompagnèrent de malaise général, puis de céphalalgie, de mal à la gorge, de diminution de l'appétit, de toux, de frissons et enfin de chaleur à la peau, principalement la nuit. Tous ces symptômes ayant augmenté d'intensité, le malade se mit au lit huit jours après leur début; depuis qu'il s'est mis au lit, de la dureté de l'ouïe, des étourdissements, du dévoiement, qui s'est bientôt changé en constipation, quatre ou cinq épistaxis légères, sont venus se joindre aux autres symptômes, qui se sont eux-mêmes aggravés, à l'exception de la toux, qui a disparu presqu'aussitôt que le malade a pris le lit. Aucun traitement n'a été fait. Le malade est venu en voiture quoique son domicile soit peu éloigné de l'hôpital.

» A la visite du matin le malade se trouve dans l'état suivant : facies légèrement hébété, pupilles mobiles, régulières, occupant un peu plus du tiers du diamètre de la cornée; langue sèche, roussâtre, inappétence; ni nausées, ni vomissements, pas de céphalalgie depuis la dernière épistaxis, dureté prononcée de l'ouïe, peu de bourdonnements; titubation assez marquée, râle sonore, sans toux dans la moitié inférieure de la poitrine des deux côtés; sonorité bonne partout, vingt respirations, pouls fort, assez dur, à 80, 85; peau sèche, médiocrement chaude.

» Abdomen de forme normale, un peu tendu dans sa partie inférieure, point sensible à la pression; point de gargouillement iléo-cœcal, point de selles depuis trois jours, rate ne dépassant pas les fausses côtes, aucune tache lenticulaire sur le ventre ni ailleurs, peu de soif, appétit nul, peu de sommeil troublé par quelques rêvasseries.

» Douleurs médiocrement vives dans le testicule droit et dans l'aine du même côté, ce testicule offre un volume à peu près double de celui du côté opposé; la peau qui le recouvre est rouge à sa partie externe, et non roulante sur les tissus sous-jacents; l'épididyme peut être distingué du testicule à une ligne circulaire qui divise la tumeur en deux parties presque d'égal volume, l'une inférieure et antérieure, l'autre supérieure et postérieure; l'inférieure, qui représente le testicule, est dure et sans résistance; la tumeur dans son ensemble offre une forte dépression à son côté externe, laquelle est produite par la pression du testicule sur la cuisse; on ne sent pas de fluctuation. Le cordon a le volume d'une sonde ordinaire; il est peu douloureux à la pression. Une goutte de liquide séromuqueux sort du méat; à peine de sensation douloureuse dans le canal de l'urètre; aucune sensation dans la région périnéale : le doigt introduit dans le rectum ne sent aucune tumeur. Limonade, deux pots; eau de Sedlitz, un verre toutes les demi-heures jusqu'à évacuation; cataplasmes laudanisés sur la tumeur; diète.

» Le lendemain le malade va mieux; il n'a pas dormi la nuit, mais il a été calme; huit selles depuis vingt-quatre heures, pouls à soixante-douze, la rougeur de la peau des bourses a un peu diminué, les autres symptômes sont à peu près les mêmes, il n'y en a pas de nouveaux. Limonade acidulée avec suc de citron; quinze sangsues et cataplasme sur le scrotum, diète.

» Le 1er mars, il y a eu une épistaxis de huit onces environ cette nuit; néanmoins il y a eu un peu de bon sommeil, et l'état général est encore amélioré depuis hier; les douleurs du testicule sont moindres aussi; pas de selles, ni taches, ni météorisme, ni gonflement de la rate,

ni gargouillement iléo-cœcal. Même prescription moins les sangsues.

» A partir de ce jour, l'état du malade s'améliore rapidement sans qu'il survienne aucun symptôme typhoïde, et il sort le 7 mars, ne conservant qu'un gonflement assez prononcé de l'épididyme, et un très-léger du testicule et du cordon. L'écoulement n'a pas reparu, mais il reste toujours une goutte séro-muqueuse au méat. » (*Loco cit.*)

Nature, mécanisme de la maladie. C'est ordinairement par cette question que les auteurs commencent la description de l'orchite blennorrhagique ; il nous a paru plus logique de la placer après l'exposition des symptômes, parce que ce n'est qu'alors qu'on peut s'en faire une idée rationnelle, qu'on peut établir une discussion éclairée. Il est même un fait que nous devons mentionner avant d'entrer dans la discussion, c'est celui du rapport qui existe entre la manifestation de l'orchite et la marche de l'écoulement urétral ; ce rapport servira beaucoup, en effet, à former notre opinion sur la nature de l'orchite.

La plupart des auteurs ont constaté que l'écoulement se supprimait quelquefois lorsque apparaissait l'orchite, que très-souvent il était brusquement diminué dans sa quantité. Quelques-uns cependant, parmi lesquels on trouve M. Marc d'Espine, ont cru qu'il n'y avait qu'une simple coïncidence entre les deux phénomènes que l'on croyait en relation intime. Ce dernier auteur semble même être arrivé à son opinion par une analyse rigoureuse des faits qu'il a recueillis (voy. *Mém. de la Soc. méd.*, 31ᵉ obs., t. I, 1837). M. de Castelnau a traité cette question avec tous les développements nécessaires dans un chapitre spécial.

« Avant d'aborder cette question importante, dit-il, il convient d'abord de la poser d'une manière parfaitement précise. Eh bien ! je dois l'avouer franchement, et ce reproche pourra paraître étrange de ma part, M. Marc d'Espine me paraît l'avoir beaucoup obscurcie par ses divisions et subdivisions, dont quelques-unes sont difficiles à saisir et, je crois, inutiles. Je préfère donc, à l'exemple de MM. Gaussail et Aubry, la réduire aux quatre termes suivants : 1° au début de l'orchite (et par début, je ne demande qu'une approximation de douze et même vingt-quatre heures ; on verra bientôt pourquoi) l'écoulement a-t-il été supprimé ? 2° a-t-il été brusquement diminué d'une quantité notablement plus grande que s'il avait poursuivi sa marche naturelle ? 3° est-il resté stationnaire, ou bien a-t-il suivi une marche graduellement décroissante déjà commencée ? 4° enfin, a-t-il augmenté ? Je dis d'abord que ces termes suffisent pour poser d'une manière nette la question ; et je dis de plus qu'il n'est pas permis, en lisant le mémoire de M. Gaussail, de croire que ces faits ne soient pas propres à répondre à ces diverses interpellations. Quant à ceux de M. Aubry, je sais positivement qu'ils méritent toute confiance. Or en groupant, d'après ce point de vue, les observations des deux auteurs que je viens de citer et les miennes, voici les résultats auxquels on est conduit :

	Observateurs : MM. Gaussail.	Aubry.	de Castelnau.	total.
Cas où l'écoulement a diminué brusquement au début de l'orchite. . . .	67 . . .	58 . . .	36 . . .	161
Cas où l'écoulement a été supprimé . . .	4 . . .	4 . . .	1 . . .	9
— — augmenté . . .	0 . . .	2 . . .	0 . . .	2
— est resté stationnaire . .	2 . . .	13 . . .	0 . . .	15
Totaux. . . .	73	77	37	187

» Ainsi, sur 187 cas, il y en a 161 dans lesquels l'écoulement a diminué d'une manière brusque au moment où l'orchite s'est développée, et il y en a 9 dans lesquels il a été entièrement supprimé. Parmi les 15 qui sont restés stationnaires, et dont 13 appartiennent à M. Aubry, cet observateur fait remarquer avec raison que tous étaient relatifs à des sujets qui étaient atteints de blennorrhée déjà ancienne et peu abondante. Or, on comprend très-bien que dans les

cas de cette nature, où les quelques gouttes d'hypersécrétion séro-muqueuse dépendent moins d'un mouvement fluxionnaire que d'une modification locale imprimée à la structure, et, en quelque sorte, aux fonctions des tissus malades, on comprendra, dis-je, qu'alors l'influence de l'orchite puisse être nulle ou à peu près ; il doit même en être ainsi si la nature de cette maladie est telle que les raisons les mieux fondées tendent à le faire admettre. Il est impossible, d'après ces résultats, de ne pas voir que l'influence de l'orchite sur l'abondance de l'écoulement est des mieux établie ; il est impossible d'invoquer, comme est porté à le faire M. Marc d'Espine, des coïncidences pour expliquer la diminution et la suppression de l'écoulement, et cela pour une excellente raison, c'est que jamais ces diminutions brusques ou ces suppressions (ces dernières surtout), n'ont lieu que sous l'influence d'un traitement actif ou du développement d'une seconde affection, orchite, arthrite, ophthalmie, etc. Quant au retour de l'écoulement lors de l'amélioration des symptômes de l'orchite, c'est là un fait beaucoup moins général, ou plutôt assez rare ; dans mes 37 cas, il n'a eu lieu que 6 fois, tantôt avant, tantôt après la période d'amélioration de l'orchite ; mais dans aucun cas l'écoulement n'est revenu avec son intensité première, et dans tous il y a eu une durée très-courte à partir du développement de l'orchite. » (*Loco cit.*)

Après les éclaircissements précédents il nous sera plus facile maintenant de juger ou au moins de discuter le mécanisme d'après lequel se produit l'orchite, sujet qui a beaucoup divisé les syphiliographes. L'opinion dominante aujourd'hui est que l'orchite se fait par une extension pure et simple de l'inflammation urétrale ou par sympathie, et qu'elle n'est par conséquent dans les deux cas qu'une ulcération simple. Voici de quelle manière M. Ricord exprime son opinion sur la question qui nous occupe.

« Sous le rapport de la maladie de l'épididyme et du canal déférent, il y a un fait important à noter et qui doit faire admettre deux espèces d'épididymites (on sait que ce chirurgien ne voit dans l'orchite qu'une inflammation de l'épididyme): l'une sympathique, quand l'épididyme seul est affecté, et l'autre de succession, ou, si l'on aime mieux, de proche en proche, ou par propagation de l'inflammation, quand celle-ci s'étend de l'urètre au canal éjaculateur, de celui-ci à la vésicule séminale, puis au canal déférent, et enfin à l'épididyme ainsi que l'anatomie pathologique l'a montré. »

M. Velpeau partage à peu près les mêmes opinions, et de plus cherche à se rendre compte des faits, comme on va le voir dans le passage suivant.

« Il semblerait que l'induration, le gonflement du canal déférent dussent toujours préexister au gonflement de l'épididyme, si l'inflammation part toujours de l'urètre, comme je l'ai dit, pour venir au testicule.

» Il est vrai que les choses se montrent souvent ainsi, que l'épididyme se prolonge chez un certain nombre de malades, jusque dans le canal inguinal, et même jusque dans la fosse iliaque, sous la forme d'une corde dure, douloureuse, égalant le volume d'une grosse plume, et quelquefois même du petit doigt, facile à reconnaître pour le canal déférent. Mais il faut convenir d'un autre côté que cette corde indurée n'est pas constante, qu'assez souvent même le canal déférent, et tout le cordon testiculaire, sont parfaitement souples, insensibles, dans l'état tout à fait normal, depuis le testicule jusque dans le ventre. Une observation attentive du début de la maladie apprend seulement en pareil cas qu'avant d'exister dans les testicules, la douleur, la sensibilité du moins, s'est fait sentir ou au périnée ou au col de la vessie, puis dans la fosse iliaque et dans le canal inguinal.

» N'est-il pas permis de supposer après tout que l'inflammation peut s'établir dans les testicules à peu près comme dans les ganglions lymphatiques, c'est-à-dire par la rétrocession ou par la progression de quelques parcelles irritantes, allant de proche en proche de l'urètre jusqu'à l'épididyme, sans enflammer notablement le conduit qui les transporte ? D'ailleurs l'inflamma-

tion elle-même, en supposant qu'elle se borne à la surface muqueuse du canal, ne peut-elle pas gagner ainsi l'épididyme ou le testicule sans faire naître nécessairement l'induration et le gonflement du canal déférent ? Ne voit-on pas tous les jours une écorchure, une plaie quelconque des doigts, provoquer l'adénite axillaire, sans que les vaisseaux lymphatiques qui vont de la blessure à l'inflammation de l'aiselle offrent la trace appréciable d'angéioleucite ? Je ne vois donc pas qu'il puisse répugner à l'esprit d'admettre que, dans le plus grand nombre de cas, l'inflammation qui s'étend de l'urètre à l'épididyme se borne à la surface muqueuse du canal déférent, tandis que quelquefois elle réagit sur toute l'épaisseur de ce canal ; d'où il suit que l'absence de gonflement, de dureté, de sensibilité même, ou de douleur dans ce conduit, une fois l'orchite établie, se comprend tout aussi bien que l'état contraire. Il n'y a là en définitive que ce qui est admis, et ce qu'on observe tous les jours dans les canaux de toute sorte, dans les vaisseaux lymphatiques en particulier. » (Velpeau, *loco cit.*, p.444.)

Les raisonnements qui précèdent n'ont pu convaincre M. de Castelnau, qui s'est rallié à la doctrine de la métastase ; mais en l'entendant d'une manière différente de ce que font la généralité des médecins, en la rendant plus précise et plus scientifique. Nous allons rapporter le passage tout entier que l'auteur consacre à la question dont il s'agit :

« Afin, dit-il, de ne pas m'engager dans une discussion trop longue sur la nature des maladies, discussion que je suis loin de regarder comme inutile, mais qui m'écarterait trop de mon sujet, je dirai tout de suite que je ne rechercherai point, pour la solution de la question en litige, quels sont les mouvements moléculaires qui se produisent dans nos tissus pour produire l'orchite, mais que j'essaierai tout simplement d'apprécier si l'inflammation blennorrhagique est un engorgement purement local, tel que celui d'une contusion ou du prolongement d'une irritation déterminée dans l'urètre par une sonde, un caustique, etc. ; ou bien, si, au contraire, cette inflammation est due à une cause plus générale, et, dans ce cas, quelle est cette cause, quel est son mode d'action ?

» 1° L'orchite se fait-elle par succession de l'inflammation ? A cette question une grande partie des syphiliographes répondent par l'affirmative, et ils puisent leurs preuves dans l'engorgement du cordon qui précède ou accompagne l'engorgement testiculaire, dans l'époque à laquelle survient l'orchite, et qui est celle où l'on suppose que l'inflammation a gagné la partie postérieure du canal, et enfin dans ce fait qu'une irritation mécanique de l'urètre détermine de la même manière que la blennorrhagie la phlegmasie du testicule.

» De ces trois arguments, l'un repose sur un fait absolument faux, l'autre sur une hypothèse, et le troisième sur des conditions anatomiques fausses en partie, et qui ont besoin d'être expliquées en ce qu'elles ont de vrai. Premièrement il est absolument faux de dire que l'orchite se développe aussi souvent à la suite d'irritations mécaniques ou même spontanées de l'urètre qu'à la suite de la blennorrhagie, je ne demande à tout médecin qu'une visite dans tous nos grands hôpitaux et spécialement dans les hôpitaux de vieillards, pour qu'il puisse se convaincre du contraire. J'ai vu dans ces hôpitaux des catarrhes de la vessie, j'ai vu des rétrécissements, des ulcérations de l'urètre, des fistules urinaires, des maladies de la prostate ; mais des orchites, point ; j'ai vu sonder, tailler, lithotritier des malades, et ces malades n'ont point été affectés d'orchite ; je ne dis pas que cet accident n'arrive quelquefois, je dis qu'il est excessivement rare en comparaison de ce qui se passe dans la blennorrhagie. Que les hommes impartiaux, qui auraient des doutes, veuillent bien les éclaircir ; rien n'est plus facile et plus prompt.

» Est-il vrai que l'orchite ne se déclare qu'à l'époque où l'inflammation s'est propagée à la partie postérieure du canal ? Avant de répondre à une pareille hypothèse, il faudrait savoir sur quoi elle s'appuie ; or, pour ma part, je crois qu'elle ne s'appuie sur rien ; elle ne s'appuie pas sur des symptômes, car la douleur et l'en-

gorgement urétral, quand il en existe, n'attendent certainement pas plusieurs semaines pour envahir toute l'étendue du canal : que de fois même ne l'envahissent-ils pas de prime abord! que de fois la prostate elle-même n'est-elle pas affectée sans qu'il survienne une orchite! L'hypothèse ne s'appuie pas davantage sur l'anatomie pathologique; car je ne sache pas qu'il existe de travail à ce sujet, et je ne conçois même guère comment on s'y prendrait pour en faire un. L'hypothèse est donc sans fondement, et lors même qu'elle serait fondée, il resterait toujours à expliquer pourquoi l'inflammation de la partie postérieure de l'urètre progresse vers le testicule seulement dans la blennorrhagie, et non dans les maladies d'une autre nature.

» Mais, dira-t-on, la preuve que l'inflammation marche par progression, c'est qu'on trouve les vésicules séminales engorgées, le canal déférent engorgé, l'épididyme engorgé, puis enfin le testicule engorgé. A cela je réponds par la remarque que je viens de faire immédiatement, car je ne tiens pas absolument à ce que l'inflammation ne se propage pas par succession; mais je me demande, et je répète pourquoi cela n'a-t-il lieu que dans l'inflammation blennorrhagique? D'ailleurs, pour être exact il faut bien reconnaître que la succession n'a pas toujours lieu, puisqu'on rencontre dans tous les auteurs, dans ceux qui ont compté comme dans ceux qui n'ont pas compté, des cas dans lesquels le cordon spermatique reste parfaitement sain. A moins qu'on ne veuille, à l'exemple de certains médecins aussi prodigues d'assertions qu'avares de preuves, admettre une inflammation sans symptômes de la membrane muqueuse qui tapisse le susdit cordon!... C'est même cette absence de lésion dans le cordon qui a donné lieu à la théorie de la sympathie, si l'on peut donner le nom de théorie à des mots sans idée selon l'expression de M. Marc d'Espine. Sans idée n'est pas cependant absolument exact : le mot sympathie a réellement une signification, seulement ceux qui l'emploient oublient trop souvent cette signification, et s'imaginent trop facilement avoir fait une théorie quand ils *constatent* par un mot la coïncidence de deux faits entre lesquels leur esprit ne trouve aucun lien, mais entre lesquels la fréquence de cette coïncidence indique une relation quelconque. Ainsi, dire avec Hunter, car Hunter n'a pas eu en cette circonstance la sagesse dont le gratifie généreusement M. Marc d'Espine, dire avec Hunter que l'orchite est une maladie sympathique, c'est dire, sans rien de plus, que la blennorrhagie coïncide souvent, mais qu'on ne sait pas pourquoi. Je conclus donc, pour revenir au troisième argument, que l'orchite n'a pas toujours lieu par l'irritation progressive de l'inflammation, et que, dans les cas où il en est ainsi, il s'agit encore de savoir pourquoi il n'en est ainsi que dans la gonorhée.

» *L'orchite est-elle le résultat d'une métastase?* Il est difficile de s'expliquer qu'on puisse aborder une question de cette portée sans en approfondir davantage les éléments que ne l'ont fait tous ceux qui, jusqu'à ce jour, se la sont posée. Presque tous leurs arguments se résument en celui-ci : Si l'orchite était due à une métastase, l'écoulement devrait toujours être supprimé; or, il ne l'est que rarement; donc, à part la fausse idée que ceux qui raisonnent ainsi se font de la métastase en général, idée qui, du reste, est partagée par la plupart, sinon par tous les médecins, on ne voit véritablement aucun rapport entre l'existence d'une métastase et la nécessité de la suppression de l'écoulement.

» Qu'est-ce donc que l'écoulement? C'est, n'est-il pas vrai, une matière produite par une sécrétion anormale. Eh bien! j'admets qu'une partie, que la totalité même de cette sécrétion soit, pendant un instant, pendant plusieurs heures, pendant plusieurs jours, absorbée et transportée dans le testicule, d'où en résulte-t-il la nécessité ou plutôt, disons mieux, la possibilité que cette sécrétion soit suspendue, ou que l'absorption de son produit soit incessamment continuée? Évidemment ceux qui ont cru à cette nécessité n'ont pas approfondi suffisamment leur sujet, et la persistance de l'écoulement ne prouve rien, ni pour ni contre la métastase comprise de la manière que j'ai indiquée; je dis même que rationnel-

lement, cette métastase étant admise, l'écoulement devrait persister sans interruption, ou se reproduire quelque temps après avoir été supprimé. Mais je n'insisterai pas davantage, parce que, je le répète, c'est là une mauvaise manière de comprendre la métastase.

» M. le professeur Ph. Bérard (voy. article PUS du *Dictionnaire en trente volumes*) a montré, sinon l'impossibilité aussi absolue qu'il la croit, au moins l'extrême difficulté des résorptions de pus renfermé dans des cavités closes de toutes parts ; que sera-ce donc lorsque le pus aura la facilité de s'écouler à mesure qu'il sera sécrété, comme cela se rencontre dans la blennorrhagie urétrale ? Et puis, si c'était le pus qui fût absorbé, ce serait lui qu'on trouverait dans le testicule. Et ce n'est pas, dans l'immense majorité des cas, du pus qu'on y trouve. Ce n'est donc pas le muco-pus blennorrhagique qui est pris à la surface de l'urètre et déposé dans le testicule, et, en ce sens, l'orchite n'est pas, ne peut pas être le résultat d'une métastase. Mais est-ce là la seule manière ou plutôt la manière logique de concevoir ce phénomène ? Je ne le pense pas. S'il en était ainsi, les métastases seraient fort rares, et chacun sait que dans plusieurs maladies elles sont assez fréquentes ; qui n'admet et qui n'a vu des métastases rhumatismales, goutteuses, scarlatineuses, morbideuses, etc. ? Et cependant, dans aucune de ces maladies, il n'y a de pus ni d'autre substance matériellement appréciable à transporter ; mais, dans ces maladies, il y a un principe particulier qui, pour n'être pas tangible ou pondérable, n'en est pas moins évident par ses effets aux yeux de la raison ; et c'est ce principe qui, concentrant son action sur tel ou tel organe, produit une maladie spéciale de cet organe, et qui ensuite, par des mouvements intérieurs et sous des influences qui nous sont encore inconnues, abandonne son premier centre d'action pour en choisir un second plus ou moins éloigné, et ainsi de suite. Mais à quelle époque ces brusques migrations s'accomplissent-elles ? Est-ce pendant que le principe morbide sévit avec violence sur un organe quelconque ? Du tout, c'est quand son action sur cet organe faiblit, quand elle y a en quelque sorte épuisé son énergie locale ; c'est tout cela qui se passe dans la blennorrhagie ; dans cette affection, il y a un principe morbide qui, pendant la période d'incubation, infecte tout l'organisme, et qui, à la fin de cette période, fait son invasion dans l'urètre, où il concentre pendant plus ou moins long-temps et plus ou moins violemment son action.

» Pendant ce temps la métastase doit être très-rare, elle l'est en effet ; mais lorsque l'impression locale s'affaiblit, le malade se trouve dans les conditions les plus propres au déplacement du centre d'action, du principe morbide, et souvent alors aussi ce déplacement s'effectue : il se manifeste une prostatite, une néphrite, une arthrite, une ophthalmie, beaucoup plus souvent encore une orchite. Pourquoi une orchite ? Voilà la véritable sympathie. Pourquoi le cœur dans le rhumatisme ? Pourquoi le cerveau dans la scarlatine ?... L'affinité, pour certains organes particuliers, de tous les principes morbides qui envahissent l'économie tout entière, nous est et nous sera probablement toujours aussi inconnue que celle qui existe entre certains éléments chimiques ; mais ce n'est pas une raison pour la méconnaître. Tel est le véritable point de vue duquel il faut envisager les métastases en général, et la métastase blennorrhagique en particulier. Si l'on entend par métastase le transport du produit de l'effet morbide, l'orchite n'est pas due à la métastase ; mais si, au lieu de considérer l'effet, on considère la cause, on est irrésistiblement conduit à admettre que cette cause, que son centre d'action au moins se déplace, et que, par conséquent, l'orchite est bien réellement le résultat d'un déplacement métastatique. Quand on se place à ce point de vue, on s'explique facilement pourquoi ces blennorrhées très-anciennes ne doivent éprouver que peu ou point de changement lors du développement de l'orchite, parce qu'elles sont elles-mêmes moins sous la dépendance du principe spécial que sous celles des modifications anatomiques que ce principe a produites dans les tissus. Ce n'est qu'en se plaçant à ce même point de

vue qu'on peut s'expliquer ces orchites, qui se manifestent long-temps après que tout symptôme blennorrhagique local a cessé; cas qui embarrassent tellement ceux qui ne comprennent pas l'infection de l'économie par un principe spécial, qu'ils aiment mieux les rejeter après les avoir rigoureusement observés que de renoncer à leur fausse et étroite doctrine. » (*loc. cit.*)

Pronostic de l'orchite blennorrhagique. Les longs développements dans lesquels nous sommes entrés sur les symptômes et la nature de l'orchite nous dispenseront d'être longs sur le pronostic ; il est facile de voir, d'après ce qui précède, que ce pronostic est peu fâcheux, au moins au point de vue de la maladie considérée en elle-même. Mais il n'en est plus de même si l'on considère les suites qu'elle peut entraîner. Ces suites, qui sont assez fréquentes, sont l'hydrocèle et l'orchite chronique. M. Velpeau fait remarquer le peu de fondement des craintes qu'ont beaucoup de personnes, même parmi les étudiants en médecine, de voir l'engorgement inflammatoire du testicule se convertir en engorgement squirrheux. Le savant professeur est parfaitement dans le vrai en soutenant le peu de fondement de semblables craintes ; seulement nous les croyons beaucoup moins fréquentes qu'il ne le dit. M. Velpeau signale ensuite une conséquence qu'il croit plus réelle, et que, pour notre compte, nous n'avons pas eu l'occasion d'observer ; M. de Castelnau ne parle pas non plus de semblables conséquences. Voici ce dont il s'agit :

« Une conséquence de cette maladie, qui n'a point été mentionnée, je crois, et que j'ai observée sur deux malades, consiste en une altération profonde du liquide séminal. Chez les deux malades dont je parle la matière de l'éjaculation avait la coloration, la consistance et la plupart des autres caractères du mucus ichoreux, c'est-à-dire qu'elle était rougeâtre ou d'un roux-sale très-prononcé, et qu'elle tachait le linge à la manière du pus séreux d'une blennorrhagie ulcéreuse.

» Cependant ces deux hommes étaient débarrassés de leur écoulement depuis plus de trois mois, et ils ne souffraient en aucune façon, ni du côté de la vessie, ni du côté du périnée, ni en urinant, ni pendant le coït; j'ai seulement cru remarquer chez l'un d'eux que le testicule n'avait pas repris d'une manière complète sa souplesse et toute sa régularité. Une des femmes avec lesquelles ce malade venait d'avoir des rapports a soutenu qu'il lui avait communiqué la gonorrhée. Sans nier absolument la possibilité du fait, il faut cependant remarquer que d'autres femmes vues par le même individu, avant et après celle-ci, n'ont rien éprouvé de semblable. J'avoue, du reste, que je ne m'explique guère un pareil phénomène, et, pour ne pas me perdre dans des interprétations hypothétiques, je m'en tiendrai, quant à présent, à la constatation pure et simple du fait. Peut-être d'ailleurs est-il assez fréquent, et n'est-il échappé aux observateurs que faute par eux d'y avoir pensé, de s'en être informés près des malades.» (Castelnau, *loc. cit.*)

Nous avons déjà dit que nous n'avions rien vu de semblable à la suite de l'orchite, et nous serions portés plutôt à voir dans la circonstance que signale M. Velpeau l'effet d'une complication du côté des vésicules, que le résultat de l'inflammation testiculaire elle-même.

Traitement de l'orchite blennorrhagique.

Nous diviserons le traitement en traitement prophylactique et en traitement curatif.

Si l'on croyait les auteurs les plus estimés, rien ne serait plus facile que de prévenir le développement de l'orchite et de la guérir quand une fois elle est développée; on ne devrait même plus rencontrer cette maladie de nos jours, tant les procédés prophylactiques et curatifs sont donnés comme certains dans leurs effets. Voici, par exemple, comment s'exprime Swediaur à propos de la prophylaxie, et il n'est pas le seul à se prononcer aussi formellement : « Pour prévenir cette maladie fâcheuse, il faut éviter avec le plus grand soin tout ce qui est capable d'augmenter l'irritation et l'inflammation de l'urètre *et d'arrêter l'écoulement de la matière*... Mais le moyen que j'ai trouvé le plus essentiel pour préve-

nir cette maladie, c'est d'éviter toute tension du cordon spermatique; ce qui s'exécute avec le plus grand succès par l'usage non interrompu d'un suspensoir dès le commencement de toute blennorrhagie. En observant exactement ces deux règles, on peut si bien se garantir de cet accident, qu'aucun de ceux de mes malades qui les ont ponctuellement suivis n'a jamais été attaqué de cette fâcheuse incommodité. »

Doit-on admettre, pour justifier cette assertion d'un auteur que l'on a toujours considéré comme sérieux, que Swediaur a été servi par le plus heureux des hasards? Nous avouons qu'eu égard à sa nombreuse pratique, nous ne saurions nous y résoudre, et qu'on pourrait attribuer l'erreur qu'elle exprime à un défaut d'exactitude dans les observations. Ce que nous disons de Swediaur, nous pourrions le dire de Bell et de beaucoup d'autres plus récents; aussi nous attacherons-nous exclusivement, pour tracer l'histoire thérapeutique de l'orchite, à puiser nos documents à des sources plus sûres : les mémoires de MM. Aubry et Marc d'Espine sont presque les seuls qui nous offrent toutes les conditions désirables.

1° *Traitement prophylactique.* La prophylaxie devant être basée sur la connaissance des causes d'une maladie, et cette connaissance étant encore trop imparfaite en ce qui concerne l'orchite, on comprend qu'on ne puisse pas s'opposer d'une manière bien efficace à son développement; nous avons vu que le repos, par exemple, qui semblerait la condition la plus favorable pour arriver à ce but, n'avait qu'une influence nulle, ou au moins extrêmement problématique, ainsi qu'il ressort des observations de M. Gaussail. Cependant si le repos horizontal ne suffit pas pour prévenir l'orchite, il sert au moins considérablement à en abréger la durée; aussi est-ce une condition qu'il ne faut jamais négliger de prescrire aux malades, qui malheureusement en comprennent rarement la portée, et n'en tiennent le plus souvent aucun compte.

Le suspensoir auquel Swediaur accorde de si magnifiques éloges n'a pas été suffisamment apprécié pour qu'on puisse porter sur lui un jugement définitif; seulement l'espoir qu'on peut fonder sur lui étant au moins fort rationnel, et son emploi ne pouvant évidemment entraîner aucun inconvénient, on doit par cela même le conseiller dans tous les cas, d'autant plus que s'il ne s'oppose pas au développement de la maladie, il est très-certain qu'il diminue considérablement la douleur, surtout lorsque les malades sont obligés de se livrer à la marche ou à tout autre exercice corporel.

Ceux qui attribuaient l'orchite à la suppression de l'écoulement ont dû proscrire tous les médicaments qui avaient pour but d'obtenir cette suppression; mais nous avons vu que leur opinion n'était qu'une conjecture qui ne se trouvait que médiocrement corroborée par l'observation que rapporte Swediaur, et dans laquelle une orchite développée à la suite d'une semblable suppression disparut avec le retour de l'écoulement. Mais il ne faut pas non plus espérer avec les partisans de l'opinion contraire d'empêcher l'orchite, en supprimant ou cherchant à supprimer l'écoulement au début; c'est là une espérance illusoire qui ne saurait être une raison d'adopter certaines médications, comme les injections, si d'ailleurs les reproches qu'on leur adresse étaient fondés sur des faits concluants. En un mot, le médecin doit, dans l'état actuel de la science, traiter la blennorrhagie de la manière qu'il croira la plus convenable, sans se préoccuper de la manifestation possible d'une orchite.

L'influence du régime n'a pas été mieux étudiée que celle des conditions précédentes; mais, à s'en tenir aux résultats approximatifs de l'observation commune, elle paraît extrêmement faible, sinon complétement nulle; il faut donc, dans l'ordonnance du régime, se diriger plutôt dans le but de guérir la blennorrhagie que dans celui de prévenir le développement de l'orchite.

Traitement curatif. Il existe peu d'inflammations pour lesquelles on ait proposé autant de moyens divers que pour l'orchite. Nous nous contenterons de passer en revue ceux qui sont restés dans la

pratique ou qui ont été recommandés par des médecins de quelque mérite.

1° *Évacuations sanguines générales.* « C'est surtout contre l'élément fébrile, dit M. Castelnau, que l'on a dirigé la saignée générale; cependant quelques auteurs la conseillent et même la préconisent pour combattre l'état local, prenant en considération, pour en mesurer la dose, et l'intensité des phénomènes morbides, et l'état plus ou moins pléthorique des malades. J'avoue que ni l'un ni l'autre des motifs sur lesquels on fonde l'indication de la saignée générale ne me paraissent rationnels. Quant à la fièvre, elle est si peu intense, ou, quand elle offre une certaine intensité, elle est d'une durée si courte que la saignée eût-elle le pouvoir de l'abréger un peu, c'est-à-dire d'un jour ou tout au plus de deux, je me demanderais encore s'il conviendrait de s'exposer pour un si mince avantage au danger de la phlébotomie, quelque rare qu'il soit. Si l'on ajoute que le moindre avantage que je viens de lui concéder est lui-même problématique, puisque dans les trois seuls cas où M. Marc d'Espine ait vu employer la saignée elle n'a en rien amendé la maladie, on devra rejeter ce moyen d'une manière absolue, malgré l'assurance que nous donne Swediaur de sa toute-puissance. C'est d'ailleurs ce parti que paraissent avoir pris tous les praticiens non systématiques. Chez plus de cent malades observés par M. Aubry, aucun n'a été saigné; chez trente observés par M. Marc d'Espine, trois seulement l'ont été, et enfin, dans tous ceux que j'ai vus, M. Vidal s'est abstenu de la saignée, bien que ce chirurgien n'en soit pas très-avare. Si l'orchite offrait quelque complication grave, on conçoit que la saignée pourrait être indiquée; mais alors on ferait le traitement de la complication et non celui de l'orchite.» (*Loco cit.*)

2° *Evacuations sanguines locales.* Les sangsues appliquées sur la tumeur ne sont que d'une faible utilité; ce n'est pas qu'elles exposent sérieusement à la gangrène, quoiqu'on en cite quelques exemples, ou que leur piqûre soit plus exposée là qu'ailleurs à s'ulcérer, à prendre le caractère de chancres; mais bien parce que la tuméfaction qui s'établit autour d'elles détruit le léger dégorgement qu'on aurait lieu d'en espérer sans cela.

Aussi est-ce sur le trajet du cordon testiculaire, du canal inguinal, qu'on doit les poser quand leur utilité paraît bien démontrée; elles sont indiquées lorsque le canal déférent est dur, gonflé, très-douloureux, et surtout lorsque cet état du cordon se prolonge un peu loin du côté de la fosse iliaque. En pareil cas, on peut en appliquer de quinze à trente; si elles n'abrégent pas sensiblement la durée de l'inflammation alors, toujours est-il qu'elles soulagent le plus souvent les malades d'une manière sensible. Il est bon d'en répéter l'application, quoique la maladie soit sur son déclin, quand le canal déférent et l'épididyme restent gros et sensibles, au bout de dix à quinze jours.

Calmants, purgatifs, etc. Divers moyens ont été employés dans un but spécial, soit de calmer les douleurs, soit d'empêcher les récidives en combattant les érections, en s'opposant à l'accumulation des matières fécales. Les opiacés, les solanées vireuses, le camphre, les purgatifs ont été administrés de différentes manières; nous croyons que l'on doit s'abstenir de tous ces moyens, à l'exception des purgatifs légers lorsqu'il y a de la constipation, et de l'opium lorsque les malades sont très-nerveux et qu'on ne trouve pas dans l'état local de quoi se rendre un compte suffisant de l'insomnie; car, si cette dernière était le résultat d'une douleur violente, il est évident que c'est directement à elle qu'il faudrait s'adresser, et le meilleur narcotique serait le moyen de la guérir.

Topiques divers. Les cataplasmes émollients produisent une amélioration prompte dans l'état du scrotum quand il est enflammé, et quelquefois dans la douleur; mais une fois que la période croissante des symptômes est passée, leur application cesse d'être avantageuse et entraîne même quelques légers inconvénients qui ont été signalés avec beaucoup de justesse par M. Marc d'Espine : ils consistent en une rougeur violacée qui s'étend souvent au côté sain, en une éruption papuleuse et même quelquefois vésiculeuse, qui détermine

des démangeaisons fort incommodes, et enfin en un œdème du tissu cellulaire sous-scrotal, qui ne se manifeste pas seulement à la suite de l'application de l'eau de Goulard, mais indifféremment à la suite de tous les topiques humides. Il faudra en conséquence cesser tous ces topiques après la période croissante, et s'en tenir alors au suspensoir seul, ou doublé en dedans d'une couche de ouate qui a l'avantage d'amortir les cahots et les secousses que peut éprouver le testicule. — Nous ne faisons pas rentrer dans la classe précédente des topiques l'emplâtre de Vigo, dont nous parlerons à propos de l'orchite chronique.

M. le baron Michel dit avoir éprouvé de bons effets dans l'orchite du traitement suivant : Il fait incinérer un fagot de sarments de vigne de manière à obtenir deux poignées de cendres ; il les fait bouillir dans deux litres d'eau pendant une demi-heure, ajoute trente-deux grammes de sel ammoniac et un verre de vinaigre. On trempe des flanelles dans le mélange chaud et on les applique sur la partie gonflée. On renouvelle ces flanelles chaudes de deux heures en deux heures, et en peu de temps la résolution de l'orchite est complète. (Fabre, *Dict. des Dict. de Médecine*, t. VII, p. 458.)

Révulsifs. Nous ne ferons que mentionner les moyens à l'aide desquels plusieurs auteurs ont cherché à rappeler l'écoulement supprimé, espérant par ce retour faire disparaître l'orchite ; outre que ces moyens, malgré les affirmations de Swediaur, ne sont pas d'une efficacité incontestable, outre qu'il est encore très-douteux que le retour artificiel de l'écoulement pût guérir l'orchite, il resterait encore à décider si l'on doit préférer une blennorrhagie à une orchite, choix que, pour notre part, nous ne serions pas disposés à faire. C'est en avoir dit assez sur une méthode qui est entrée depuis assez longtemps déjà dans le domaine de l'histoire.

Vésicatoires. Quelques auteurs ont préconisé l'application des vésicatoires autour de la tumeur ; c'est un moyen fort douloureux et de nulle utilité.

Balsamiques. Les antiblennorrhagiques balsamiques ont été employés par certains praticiens ; mais leur utilité dans le petit nombre de cas où nous les avons vu employer nous a paru au moins douteuse ; seulement nous n'avons pas observé qu'ils augmentassent l'acuité de la maladie comme on le leur a reproché.

Bains. Les bains généraux sont d'une utilité incontestable dans le traitement de l'orchite ; ils détendent les parties, adoucissent notablement toutes les souffrances en calmant le système nerveux. Il est donc bon d'en donner un tous les deux jours ou même tous les jours si les douleurs sont très-aiguës, et que le malade s'y tienne chaque fois pendant une ou deux heures.

Compression. Nous arrivons à un moyen qui a fait beaucoup de bruit depuis quelques années. Nous allons d'abord laisser parler l'auteur qui l'a vanté le plus :

« C'est en 1830 ou 1831, dit M. Velpeau, que, voulant appliquer aux maladies du testicule ce qui m'avait si bien réussi contre les inflammations des membres, je me décidai à quelques essais de compression dans le traitement de l'orchite, et aussi après la ponction dans le traitement de l'hydrocèle. Peu satisfait de mes premières tentatives, j'y avais renoncé quelques années plus tard, quand Fricke, de Hambourg, donna la compression du testicule enflammé par des bandelettes de diachylon comme un remède infaillible et prompt. Je fis aussitôt de nouvelles expériences à l'hôpital de la Charité, en 1834, 1835 et 1836. Mes observations confirmèrent les assertions de Fricke, et il en fut publié un extrait dans les journaux de médecine de l'époque. J'emploie peu ce moyen aujourd'hui pour deux raisons : d'abord parce que j'en ai trouvé un meilleur, et plus simple, depuis ; en second lieu, parce qu'il est assez difficile d'établir une pression convenable autour du testicule et que, si cette compression pèche par quelques points, il peut en résulter, il en résulte même quelquefois d'assez graves inconvénients. Si, par exemple, le testicule ou l'épididyme, entraîné par le crémaster, se relève trop du côté de l'anneau, il ne manque pas de s'étrangler dans l'ouverture du petit sac représenté par les bandelettes et d'occasionner de violentes douleurs. J'ai vu une fois cet étranglement aggraver l'inflammation

au point de provoquer une sorte de phlegmon diffus entre le testicule et l'entrée du canal inguinal.

» Toutefois, la compression des bourses enflammées doit rester dans la pratique. Quand elle est bien faite, quand on a l'habitude de manier les bandelettes, quand la tumeur se sépare, s'isole bien du canal inguinal et de la racine de la verge, on obtient à son aide un soulagement immédiat de toutes les souffrances et une guérison dans l'espace de trois ou quatre jours; une fois le bandage bien appliqué, les malades souffrent peu, se trouvent si bien qu'ils peuvent se lever et marcher, qu'ils se croient volontiers guéris. Pour appliquer convenablement cette compression, on commence par isoler, par amener à soi très-doucement toute la tumeur, pour l'éloigner autant qu'on le peut et du canal inguinal et de la racine de la verge, ou de l'autre testicule, qu'un aide se charge d'écarter ; une bandelette de sparadrap est alors portée aussi haut que possible au-dessus des parties tuméfiées, autour du cordon testiculaire, puis abaissée obliquement en arrière et en dessous du testicule pour être relevée en avant, puis d'un côté à l'autre en la contournant. On enveloppe de la sorte toute la tumeur comme dans un sac, par des tours méthodiquement disposés de bandelettes nouvelles qui doivent s'imbriquer à la manière des tuiles d'un toit, et comprimer mollement, également les parties sous-jacentes.

» Comme une détuméfaction rapide a lieu sous ce bandage, on le resserre dès le lendemain, en appliquant de nouvelles bandelettes par-dessus les premières, et sans rien changer au premier pansement. La même chose peut être faite le troisième et le quatrième jour, si bien qu'on enlève, à la fin et du même coup, toutes les couches emplastiques superposées. Ce qui fait que ce genre de médication doit être conservé c'est que nulle autre ne peut le remplacer dans certains cas d'orchite chronique, de tuméfaction sans dégénérescence maligne du testicule ; c'est que, enfin, avec la compression au moyen des bandelettes, surtout quand l'état ou la conformation des parties s'y prête aisément, les malades ne sont pas astreints à rester au lit et que la guérison est plus prompte que par tout autre moyen. » (Velpeau, *loc. cit.*, p. 457.)

L'autorité de M. Velpeau est assurément d'un grand poids : cependant on ne voit pas que ce chirurgien ait fait des recherches précises pour prouver l'efficacité de la compression ; son opinion semble formée d'après des données approximatives. Or M. Aubry, qui a fait des recherches plus exactes sur cette compression, n'est pas du tout arrivé aux mêmes conclusions que ce chirurgien. Il en est de même de M. de Castelnau, auquel nous allons emprunter le passage suivant dans lequel il expose en même temps son opinion et celle de M. Aubry sur la méthode qui nous occupe :

« Ceux qui conseillent aujourd'hui cette méthode, dit-il, mise en usage par Fricke, de Hambourg, recommandent de ne l'employer que dans les orchites peu inflammatoires, dans lesquelles la peau n'est point rouge ; dans celles où le cordon est sain, dans celles où le testicule l'est également (il ne l'est absolument presque dans aucune), enfin quand la maladie a traversé la période aiguë et qu'on a évacué la sérosité lorsqu'il en existait. Avec ces précautions on abrége la durée de l'orchite, selon certains praticiens, de moitié, des deux tiers et même des trois quarts. Or voici comment les observations de M. Aubry répondent à cette assertion :

« Cette méthode (la compression avec » les précautions indiquées) a été em» ployée sur onze malades comme seul » moyen de traitement ; chez huit la » guérison a eu lieu entre six et quinze » jours; chez les trois autres la durée a » été de dix-sept à vingt-trois jours et » un mois. »

» Ce résultat ne diffère pas sensiblement de ceux obtenus par toutes les autres méthodes ; or elle a de plus que celles-ci des inconvénients assez graves. Le premier c'est d'être quelquefois fort douloureuse, ce qui fait que les malades les plus dociles ne peuvent la supporter, et qu'ils l'enlèvent avant le retour du médecin ; le second c'est de causer quelquefois la gangrène du scrotum. Je sais

bien que l'on a attribué cet accident à l'emploi intempestif de la méthode, mais je puis assurer l'avoir observé l'année dernière encore entre des mains parfaitement exercées et dans un service où la méthode est mise assez fréquemment en usage. On doit concevoir par là ce qu'elle pourrait produire étant employée par des hommes moins expérimentés; aussi, pour mon compte, ne balancerai-je jamais à la proscrire. » (*Loco cit.*)

Mouchetures et débridement. C'est encore M. Velpeau qui a cherché à mettre en faveur la méthode des ponctions de la tunique vaginale dont M. Vidal a tiré un grand parti.

« Le traitement que je vais exposer, dit M. Velpeau, aura, je ne me le dissimule pas, de la peine à conquérir tout d'abord les sympathies des praticiens; on pourra même, je l'avoue, être étonné de me le voir proposer, d'après ce que j'ai dit du pronostic généralement peu grave de l'orchite blennorrhagique.

» En effet, si abandonnée à elle-même, si traitée par des moyens simples, l'orchite se dissipe presque constamment dans l'espace de quinze à vingt jours, quel besoin y a-t-il, dira-t-on, de l'attaquer par instrument tranchant? J'ai besoin de répondre, par anticipation, que la saignée, les sangsues, les purgatifs et les différents topiques conseillés en pareil cas, n'abrégent en réalité que très-peu l'inflammation blennorrhagique du testicule; que, d'un côté, les douleurs parfois très-vives, occasionnées par cette inflammation, résistent à toute cette série de moyens. Or la petite opération dont je vais parler a pour premier avantage d'éteindre presque complétement ces douleurs, outre qu'elle tient généralement lieu des émissions sanguines et des topiques émollients. On verra bientôt d'autre part qu'elle n'entraîne aucune sorte de danger, d'inconvénient réel, et qu'elle ne détermine aucune douleur notable.

» Cette opération consiste en une ou plusieurs piqûres pratiquées sur la partie, ou les parties les plus saillantes de la tumeur. L'instrument doit traverser perpendiculairement les tuniques du scrotum, de manière que sa pointe pénètre dans la tunique vaginale. Pour cela le chirurgien embrasse mollement toute la partie gonflée au-dessous et par les côtés, avec la main gauche, de telle sorte que le pouce et l'indicateur refoulent jusqu'à un certain point la tunique vaginale en avant, comme pour la tendre, en faisant remonter le liquide qu'elle contient sur la face antérieure du testicule. De la main droite, armée d'une lancette à grain d'avoine, tenue comme une plume, il ponctionne, dès lors, la portion libre de la tumeur, ou celle qui est le plus évidemment fluctuante, par un coup sec porté perpendiculairement sur un, deux, trois ou quatre points de la région circonscrite par les doigts de la main gauche, et l'opération est terminée. Le plus souvent un jet de sérum pur ou de sérum sanguinolent s'échappe aussitôt par la piqûre; une, deux et jusqu'à trois cuillerées de liquide s'échappent aussi quelquefois de la tunique vaginale; d'autres fois cependant les piqûres de lancette ne donnent issue qu'à quelques gouttelettes de sang, qu'à une quantité presque inappréciable de sérosité.

» Si l'inflammation est très-vive, un cataplasme émollient arrosé d'extrait de saturne est appliqué sur le scrotum le jour et le lendemain de l'opération; les jours suivants je substitue à ce topique des compresses imbibées d'eau de saturne, ou de tout autre liquide résolutif doux. Ce genre de compresses est imédiatement employé après les piqûres toutes les fois que l'orchite n'offre pas une intensité très-grande.

» Les effets de ce traitement ont quelque chose de singulier, d'inattendu; presque tous les malades que j'y ai soumis en ont éprouvé un soulagement immédiat : la douleur diminue le jour même, les autres phénomènes de l'inflammation en font autant, la rougeur de la peau perd de son intensité, les enveloppes du scrotum reprennent de leur souplesse et perdent de leur empâtement, la résolution de l'orchite, en un mot, commence le jour même ou le lendemain, et se complète ensuite dans l'espace de trois, quatre ou six jours, chez le plus grand nombre des ma-

lades; on active d'ailleurs cette résolution en renouvelant les piqûres deux ou trois fois, si la tunique vaginale paraît contenir de nouveau une certaine quantité de sérum.

» C'est en 1835 ou 1836 que j'ai imaginé ce moyen; ce fut d'abord uniquement pour déterminer en quelle proportion l'hydrocèle aiguë devait entrer dans le volume total de la tumeur des individus affectés d'orchite. Surpris d'abord de voir les malades ainsi traités, manifestement soulagés, je songeai à transformer en un véritable remède ce que je n'avais employé dans le principe qu'à titre de moyen explorateur. J'y ai eu recours depuis cette époque, près de deux cents fois; aucun des malades entrés à la Charité avec une orchite aiguë n'en est sorti sans avoir été soumis aux piqûres de lancette, et je puis affirmer qu'aucun d'eux n'en a éprouvé le moindre accident. Le résultat des mouchetures n'est pas cependant le même dans tous les cas. Si le canal déférent est gros, dur, douloureux, dans une grande étendue, elles ne sont que d'une efficacité peu marquée; il en est de même dans les cas d'orchite dont la marche n'est pas franche, dont l'acuité reste douteuse : c'est quand une assez forte proportion de sérum existe dans la tunique vaginale, qu'elles soulagent le plus, qu'elles abrégent d'une manière évidente la durée du mal. Chose assez étrange, néanmoins, c'est que, même quand la tunique vaginale est libre, quand il ne s'écoule par la piqûre que quelques gouttelettes de sang, ou encore quand il ne s'en écoule rien du tout, les malades en éprouvent également en général un mieux incontestable.

» J'ai mis en usage les mouchetures du scrotum, à toutes les époques de l'orchite, depuis le deuxième jusqu'au douzième et au quinzième jour; que l'inflammation ait été prise à son début, à son apogée ou à son déclin, elle n'en a pas moins suivi la même marche à partir de l'instant des mouchetures, c'est-à-dire que pour l'orchite commençante comme pour l'orchite plus avancée, elles ont à peu près constamment fait passer l'inflammation à la période de résolution. Il en est résulté que, traitée au troisième ou quatrième jour, l'orchite ne dure que de six à dix jours, et que, si on ne l'attaque de la sorte qu'à son plus haut degré de développement, elle dure nécessairement en tout de dix à quinze jours.

» En y songeant un moment, et surtout en ne jugeant de cette méthode qu'après l'avoir expérimentée, on en apprécie bien vite toute la simplicité. En effet, quels peuvent être les inconvénients, qu'y a-t-il de plus facile, de plus simple? l'instrument ne peut rencontrer là ni artères, ni veines, ni nerfs, dont la blessure puisse offrir le moindre danger; une piqûre de la peau, de la couche sous-cutanée, de l'expansion du crémaster et de quelques lames fibro-celluleuses, n'est pas de nature sans doute à inspirer la plus légère inquiétude. Effectuées par un instrument étroit et bien tranchant, les petites plaies se cicatrisent d'elles-mêmes par réunion immédiate, sans avoir besoin de pansement, sans que je les aie jamais vues entrer en suppuration; aussi ont-elles disparu au bout de quelques heures, et n'en est-il plus question dès le lendemain. Les mouchetures du scrotum, en pareil cas, constituent donc une opération infiniment plus bénigne que la saignée, puisqu'elles n'exigent aucune précaution que le moindre élève ne puisse prendre. La possibilité de blesser le testicule pourrait seule inspirer quelque crainte; mais d'abord la lancette n'ayant besoin de pénétrer que jusqu'à la cavité de la tunique vaginale, respecte nécessairement la glande séminale, puisqu'une couche de liquide d'une certaine épaisseur sépare presque constamment alors la périphérie du testicule des tuniques scrotales.

» Dire maintenant de quelle façon les mouchetures soulagent, serait, je l'avoue, assez difficile; je pourrais sans doute soutenir qu'elles agissent en dégorgeant les tissus à la manière des sangsues; on pourrait croire, d'un côté, qu'en vidant la tunique vaginale, elles font cesser la tension des tuniques enflammées du scrotum, ou bien qu'elles débarrassent le testicule d'une compression pénible; d'autres admettraient sans peine, et c'est l'idée de M. Vidal, que les

piqûres de la tunique albuginée soulagent en débridant une coque fibreuse, qui, par sa résistance, gênait la turgescence de la pulpe testiculaire. Mais quand on remarque : 1° que ces piqûres saignent à peine, sans que le soulagement en soit moindre chez beaucoup de malades ; 2° que le mieux survient presque aussi bien quand la piqûre ne laisse écouler aucune goutte de sérum que quand elle tombe sur un épanchement notable ; 3° que, d'ailleurs, ce n'est pas le testicule qui est le siége principal du gonflement ni de la douleur dans l'orchite ; 4° que de simples piqûres de la tunique vaginale, telles que je les pratique, n'ont jamais formé de fentes qui permissent au tissu glandulaire de s'engager entre leurs lèvres, on est bien forcé de convenir que toutes ces explications sont insuffisantes, incomplètes, ne sont point de nature à satisfaire les esprits rigoureux, j'aime donc mieux m'en tenir, quant à présent, à la simple exposition des faits. » (Velpeau, *loco cit.*, p. 458.)

On voit que M. Velpeau ne connaissait pas encore les idées de M. Vidal sur l'*orchite parenchymateuse* et son traitement. Depuis long-temps, M. Aubry (*l. c.*) a fait des recherches circonstanciées sur l'influence de ce qu'on appelait alors les ponctions, et ses résultats ont été que, comme méthode générale, celle des ponctions ne valait pas mieux que la plupart des autres. Voici comment M. Aubry résume lui-même ses recherches : « Chez cinquante-deux malades, la ponction a été le seul moyen employé ; chez seize, on y a joint des applications de sangsues ; dans quatre cas, la saignée a été associée à la ponction et dans huit la ponction et la compression ont été combinées.

» En réunissant ces 80 observations, nous voyons que : 1° quatre malades seulement furent guéris avant le huitième jour de leur entrée à l'hôpital ; leur épididymite datait de huit jours lors de leur admission ;

» 2° Chez dix-huit, la guérison eut lieu du huitième au seizième jour ; parmi ces dix-huit malades, douze n'avaient pas leur épididymite depuis plus de huit jours, lors de leur admission, et six présentaient plus d'ancienneté dans leur affection ;

» 3° Chez trente-quatre, la guérison eut lieu du seizième au vingtième jour.

» 4° Chez vingt et un autres, la guérison n'a été complète qu'après le vingtième jour ;

« 5° Dans trois cas, la durée précise n'a pas été notée ; mais elle a été de plus de huit jours.

» Il résulte de ce tableau que, dans les épididymites simples, l'emploi des ponctions n'abrége pas sensiblement la durée de la maladie, et qu'on obtient le même effet par l'usage des cataplasmes et du repos, par de légers laxatifs ; puisque les sept malades traités par ces innocents moyens ont tous guéri du treizième au vingtième jour, c'est-à-dire à la même époque que le plus grand nombre de ceux que l'on a ponctionnés. » (Aubry, *Archiv. de médec.*)

Il nous paraît évident, d'après ces observations très précises, que les ponctions sont loin d'avoir en général l'heureuse influence que leur reconnaît le savant professeur de la Charité. Mais il y a une espèce particulière de ponction à laquelle M. Vidal donne le nom de *débridement*, dont les effets avantageux sont si prompts et si saillants, que ceux qui l'auront employée une seule fois d'une manière opportune n'y renonceront jamais. Voici comment s'exprime M. de Castelnau sur cette espèce de ponction comme méthode spéciale, ponction qui a été faite bien des fois par M. Vidal :

« Mais il est une autre application de la ponction qui est fort importante, je veux parler de la ponction pratiquée dans le but spécial d'enlever la douleur violente que fait quelquefois éprouver l'orchite. Voici comment M. Vidal fut conduit à employer la ponction dans tous les cas dont il s'agit. Un jeune malade, affecté d'orchite, était depuis trois jours à l'hôpital ; déjà il avait eu deux applications de sangsues, mais sa douleur, loin de disparaître, s'était exaspérée au point que la nuit qui précéda le jour de la ponction, il avait gémi constamment, il n'avait pas dormi une seconde, et avait une fièvre intense qui

persistait encore. Le testicule malade offrait une fluctuation obscure, et malgré le peu de sérosité qu'elle dénotait, on put croire néanmoins que là était l'origine de cette violente douleur.

» On pratiqua donc une ponction à l'aide d'une lancette ; il sortit quatre ou cinq gouttes de sérosité ; mais aussitôt on vit la substance propre du testicule faire hernie à travers l'ouverture. On fut un peu désappointé, bien que l'on connût l'innocuité de ces blessures ; mais, au bout de cinq minutes, on eut lieu de se féliciter de cette légère méprise, car toute douleur avait cessé, la fièvre avait *complétement* disparu, et le malade demanda immédiatement à manger. Encouragé par ce succès inespéré, M. Vidal ne balança pas à remettre le procédé à l'épreuve dès que l'occasion se présenta ; elle ne se fit pas long-temps attendre, et je vais rapporter le résultat qu'on en obtint.

Obs. 3. « Le nommé Eugène Chat..., âgé de vingt ans, régleur, yeux brun-gris, cheveux blond-clair, peau blanche, taille très-petite, système musculaire très-peu développé, face colorée et embonpoint assez prononcé, entra à l'hôpital du Midi, salle 10, nº 3, le 30 octobre 1843.

» Ce malade, d'une chétive structure, a été très-souvent malade jusqu'à l'âge de treize ans ; ses maladies ont exigé quelquefois un séjour de trois mois au lit. Il ne peut donner de détails sur elles ; il se rappelle seulement que pendant leur durée, il ne pouvait se tenir sur ses jambes, bien que son teint se conservât très-frais, comme il l'est naturellement ; depuis l'âge de treize ans il s'est toujours très-bien porté, malgré son apparence chétive et son peu de force physique. Il dit n'avoir jamais eu d'autre maladie vénérienne que celle dont il est actuellement affecté.

» Il n'avait pas eu de rapports sexuels depuis fort long-temps, lorsque vers la fin d'août il exerça le coït trois fois en deux jours avec une ouvrière de sa profession. Pendant huit jours il n'éprouva aucune sensation particulière ; mais après ce temps, une cuisson de médiocre intensité se fit sentir le long de l'urètre, surtout près du méat, et presque aussitôt un écoulement se manifesta ; celui-ci fut assez abondant pendant quinze jours, puis il diminua peu à peu et devint plus blanc ; il était réduit au tiers ou à la moitié tout au plus, lorsque le 28 octobre il commença à éprouver quelques douleurs dans le testicule gauche, qui devint en même temps gonflé, la douleur alla en augmentant jusqu'au soir ; le malade dormit peu la nuit, ne mangea presque pas le lendemain, et ne dormit nullement la seconde nuit. Le surlendemain, qui était le 30 octobre, il fut reçu à l'hôpital ; son facies exprimait une vive souffrance ; il ne marchait qu'avec les plus grandes difficultés ; le testicule, quoique peu volumineux (il avait le volume d'un petit œuf de poule), paraissait tendu, la peau était à peine rouge, et la plus simple pression était insupportable. Aussitôt après son admission le malade fut conduit au bain, où il resta cinq quarts d'heure. On lui appliqua ensuite des cataplasmes émollients ; mais ces moyens ne calmèrent nullement la douleur ; il ne put manger de la journée ; la nuit se passa en gémissements. Le 31 au matin, le même état persistait, la peau était chaude, le pouls fort et fréquent. M. Vidal, quoique bien convaincu qu'il n'y avait pas sensiblement de sérosité dans la tunique vaginale, pratiqua une ponction d'environ six lignes de profondeur à la partie antéro-inférieure du testicule, dont la substance fit aussitôt hernie à travers l'ouverture. Cinq minutes après, le malade commença à se sentir soulagé, et une heure plus tard toute douleur avait disparu, ainsi que la fièvre et l'inappétence. A partir de ce jour la résolution marcha sans entraves ; l'écoulement reparut un peu le 15 novembre et cessa complétement et sans retour après une dose de 20 grammes de cubèbe renouvelée pendant huit jours. Le malade sortit parfaitement guéri. » (*Loco cit.*)

Après avoir rapporté ce fait, M. de Castelnau fait remarquer que deux autres faits semblables se sont depuis présentés à son observation. Enfin plus tard M. Vidal a encore rapporté de nouveaux faits qui ne peuvent pas laisser l'ombre d'un doute sur l'utilité du débridement,

et il a lui-même posé ainsi qu'il suit les indications de cette méthode dans un appendice à son Mémoire sur la cure radicale du varicocèle.

« Il est des cas, dit-il, où il faut agir plus profondément; c'est quand le mal est plus profond, c'est quand, au lieu d'une phlegmasie membraneuse, avec plus ou moins de retentissement dans la glande, on a à traiter une inflammation parenchymateuse. En effet, dans certaines circonstances pathologiques encore difficiles à apprécier, et ordinairement chez les malades les plus jeunes de notre service (dix-neuf, vingt ans, rarement vingt-quatre ans), surviennent les inflammations qui envahissent le tissu propre du testicule; inflammations avec étranglement, et qui, si on les laisse marcher ou, ce qui revient au même, si on les traite par les moyens jusqu'ici usités, font toujours cruellement souffrir et se terminent quelquefois par la perte du testicule; car sa substance est emportée par la suppuration. Ces cas sont rares; ils existent cependant, et tous ceux qui ont été à la tête d'un service chirurgical un peu important doivent les avoir observés. C'est pour dompter ces inflammations parenchymateuses du testicule que je pratique le débridement de la tunique fibreuse de l'organe, comme on pratique le débridement des tissus fibreux de la main pour faire cesser l'inflammation de cette partie ou la rendre moins compromettante. Ce traitement est donc exceptionnel, si on le considère comme traitement de l'orchite en général; il est toujours applicable, s'il s'agit de l'orchite parenchymateuse, qui, elle-même, est une orchite exceptionnelle. » (Vidal, *De la cure du varicocèle*, br. in-8, Paris, 1844.)

Ces observations nous paraissent convaincantes en faveur du débridement employé dans les cas bien spécifiés par M. Vidal. Depuis son apparition, cette méthode a déjà reçu des reproches, et le plus grave de ces reproches, c'est qu'elle doit effrayer les malades. C'est là évidemment une crainte illusoire, car les malades sur qui on opère le débridement ne savent pas si on va leur faire une simple mouchetture ou autre chose, et, dans le fait, l'une de ces opérations n'est pas plus grave que l'autre; le débridement est seulement moins douloureux, attendu qu'il ne se répète pas sur plusieurs points comme la mouchetture.

M. Vidal a étendu à d'autres cas le débridement, il le pratique même ponr des affections chroniques.

Repos. « Nous avons vu, à propos de la durée et des causes de l'orchite, l'immense différence qui existait entre les orchites qui se développaient pendant qu'un malade gardait le repos, et celles qui se développaient dans les circonstances opposées; nous devions déjà nous attendre, après cet important résultat, que le repos devrait également avoir une heureuse influence sur la marche de la maladie, même après qu'elle se serait développée. Cette influence a été mise hors de doute par M. Marc d'Espine, qui a démontré non-seulement que cette influence était favorable, mais encore qu'elle l'était d'autant plus qu'elle pouvait se faire sentir à une époque plus rapprochée du début de la maladie; M. Aubry a ensuite corroboré l'opinion de M. Marc d'Espine par les observations suivantes :

» Sept malades pris indistinctement furent traités, pendant le mois de mai, par le repos au lit et les cataplasmes de farine de lin; moyens auxquels on ajouta de légers purgatifs quand les garde-robes étaient rares et difficiles. Chez ces malades l'épididymite était à l'état simple, c'est-à-dire qu'elle se présentait avec les caractères qu'on lui voit le plus communément. Une seule fois la maladie datait de plus de huit jours lors de l'entrée du malade à l'hôpital, eh bien! la guérison eut lieu chez tous du treizième au vingtième jour à dater du commencement du traitement; et cette guérison fut tout aussi franche que dans les cas où des moyens plus actifs furent mis en usage. L'épididyme ne resta pas plus volumineux, la sérosité disparut aussi complétement que chez les autres malades qui furent soumis, soit aux ponctions, soit à la compression, soit aux antiphlogistiques. Cet effet du repos est quelquefois d'une promptitude bien propre à induire en erreur sur la valeur des moyens ac-

tifs que l'on emploie presque toujours dans les cas graves. Parmi les faits que j'ai observés se trouve l'histoire d'un malade que M. Vidal reçut à la consultation, souffrant d'une orchite au point qu'il jetait des cris; je fus chargé d'aller lui faire appliquer des sangsues après la consultation; et comme celle-ci se prolongea plus d'une heure, je le trouvai tellement soulagé, que je me dispensai de remplir la prescription; le lendemain matin toute douleur avait disparu et il avait dormi une partie de la nuit. Quelle magnifique observation en faveur des sangsues, si on les avait appliquées sur-le-champ! » (*Loco cit.*)

Nous terminerons le traitement de l'orchite par une citation de M. Ricord, qui résume et apprécie la plupart des moyens précédemment exposés.

« Ainsi que la plupart des accidents qui surviennent dans le cours d'une maladie vénérienne, l'épididymite blennorrhagique est considérée par beaucoup de médecins, et surtout par le plus grand nombre des malades, comme entièrement dépendante du traitement employé contre la blennorrhagie. C'est donc un accident sur la possibilité duquel il faut toujours prévenir les malades, et contre lequel, pendant toute la durée d'un écoulement, il faut se tenir en garde et employer les moyens prophylactiques. Sous ce point de vue, la connaissance des causes qui en favorisent le développement doit être d'un grand secours. Toutefois, la première, et peut-être la plus importante indication à remplir, consiste à recommander aux malades l'usage constant d'un suspensoir bien fait, non-seulement pendant tout le cours de la blennorrhagie, mais encore un ou deux septénaires après la cessation de l'écoulement. J'ai l'habitude de conseiller aux malades, dans les derniers jours, de s'accoutumer peu à peu à l'usage du suspensoir. Si on se rappelle que ce n'est jamais au début d'un écoulement que survient l'épididymite, on comprendra que, contrairement aux opinions généralement professées jusqu'à ce jour, la guérison rapide, prématurée, le traitement abortif enfin de la blennorrhagie, loin d'être une cause de l'épididymite, devra au contraire mettre à l'abri de cet accident. Quoi qu'il en soit, dès que les premiers symptômes de l'épididymite viennent à se manifester, le malade doit être condamné au repos horizontal, en ayant soin de tenir les bourses relevées. S'il n'existe encore qu'une simple fluxion, les résolutifs, compresses imbibées d'eau blanche, de solution de chlorhydrate d'ammoniaque; le moyen empirique, si souvent employé, la boue de meule, la glace, réussissent et font avorter la maladie; il est souvent nécessaire d'avoir en même temps recours soit à la saignée du bras s'il y a plénitude du pouls, et fièvre à plus forte raison, ou bien à des applications de sangsues, toujours en assez grand nombre, 20, 30, 40, et appliquées moitié sur le trajet du canal inguinal, moitié sur le périnée. Les sangsues ne doivent jamais être mises sur la peau des bourses, parce qu'il peut arriver, rarement sans doute, mais trop souvent encore, des accidents fâcheux; pour ma part j'ai vu deux fois la gangrène des bourses en être évidemment la conséquence. Pour peu que l'emploi des résolutifs n'empêche pas le gonflement et la douleur de croître, il faut bientôt s'en abstenir, parce qu'alors ils pourraient devenir nuisibles; on doit, dans ce cas, leur substituer les émollients, sous forme de simples fomentations, ou mieux encore sous forme de cataplasmes, qui doivent non-seulement envelopper les bourses, mais s'étendre sur tout le trajet du canal inguinal; des frictions préalables avec du laudanum de Sydenham, sur les parties endolories, sont toujours très-utiles lorsque la marche de la maladie est très-aiguë; à la diète, aux boissons délayantes, à l'usage des purgatifs on est obligé d'associer des applications plus ou moins répétées de sangsues; de revenir quelquefois à la saignée du bras, à laquelle on n'a peut-être pas assez souvent recours. Ces moyens, et, dans un très-grand nombre de cas, la diète seule, le repos et l'usage de quelques cataplasmes suffisent; mais, soit qu'il existe des complications, soit qu'on veuille encore hâter la terminaison du mal, il en est d'autres auxquelles on peut avoir recours... Les ponctions multiples de la tunique vagi-

nale ne doivent être employées que dans le cas où l'épanchement est assez considérable pour amener une distension de la tunique vaginale, et causer une compression du testicule, qui ajoutent aux souffrances du malade. Dans ces circonstances, l'évacuation du liquide fait souvent cesser instantanément la douleur qui avait jusque là résisté à tous les autres moyens. » (Ricord, *Bulletin thérapeutique*, mai 1843.)

M. Ricord, après avoir dit deux mots de la ponction accidentelle du testicule, laisse entendre qu'il ne l'a point employée comme moyen de traitement.

Voici comment il s'exprime sur le compte de la compression :

« Cette méthode, difficile à mettre en pratique, donne les résultats les plus beaux et les plus rapides quand on sait la manier, et qu'elle n'est pas employée comme une *selle à tous chevaux*.

» Il ne faut jamais y avoir recours lorsque la maladie est à l'état aigu ;

» Qu'elle fait des progrès rapides ;

» Que le cordon testiculaire est engorgé dans tous ses éléments ;

» Qu'il existe un épanchement considérable dans la tunique vaginale ;

» Que le tissu cellulaire sous-cutané ou profond des bourses est le siége d'une inflammation phlegmoneuse franche ;

» Lorsque le corps du testicule est enflammé, et qu'il y a véritablement orchite ;

» L'engorgement du canal déférent seul ne constitue pas une contre-indication,

» Mais la compression réussit plus de 50 fois sur 100, et abrége de moitié, des deux tiers, des trois quarts même la durée de la maladie, lorsqu'on l'emploie dans les cas d'épididymite simple ;

» Lorsque préalablement on a évacué la sérosité qui pouvait se trouver épanchée dans la tunique vaginale ;

» Lorsque la maladie est arrivée à la période de *statu quo*, ou au commencement de la période de déclin ;

» Quand on a appliqué la compression, il faut, pour qu'elle réussisse, que la douleur, d'abord avivée pendant son application, cesse au moins dans la première demi-heure qui suit ;

» Dans le cas, au contraire, où la douleur irait en croissant, ce qui pourrait dépendre soit d'une mauvaise application, soit d'une réaction trop vive de l'organe enflammé, il faudrait de suite l'enlever, sous peine de voir survenir les accidents les plus graves d'inflammation, de suppuration et de gangrène plus ou moins étendues ;

» Il faut bien distinguer les accidents d'étranglement qu'une compression intempestive ou mal faite peut déterminer des douleurs auxquelles peut donner lieu le premier tour de bande qui excorie et coupe souvent la peau vers la racine des bourses ;

» Dans le premier cas, quand on a ôté l'appareil, on est obligé d'y renoncer pour toujours, ou, si on peut y revenir, ce n'est qu'après la cessation des phénomènes inflammatoires ;

» Dans le second cas, on peut réappliquer la compression immédiatement ; voici, du reste, le procédé qu'on doit employer :

» On isole d'abord le testicule malade du testicule sain, et, à l'aide de bandelettes de sparadrap, de Vigo *cum mercurio*, on commence un premier tour de circulaire à la racine des bourses, immédiatement au-dessus de la partie supérieure du testicule du côté malade, de manière à refouler l'organe et à le tenir incarcéré dans la partie inférieure du scrotum, en procédant alors de haut en bas, et en rendant la compression aussi égale que possible ; on dirige la bandelette en spirale, en ayant soin que chaque tour s'imbrique de moitié sur le précédent. Arrivé à la partie inférieure qu'on ne peut pas exactement recouvrir, on place alors d'autres bandelettes à anses, dans le sens longitudinal, pour que ces bandelettes soient appliquées exactement on en met d'abord deux en croix, et on remplit ensuite les intervalles ; puis on fixe les chefs de ces bandelettes par une seconde enveloppe de bandelettes circulaires.

» Ce bandage bien appliqué amène assez souvent, au bout de quelques heures, ou au moins après deux ou trois jours, une diminution considérable dans le volume de la tumeur.

» Si alors on ne suit pas le retrait de la tuméfaction, en resserrant le bandage, la compression n'étant plus égale et restant toujours plus forte à la racine des bourses, l'étranglement qui en résulte ne tarde pas à amener une recrudescence qui fait échouer le traitement.

» Une autre cause d'insuccès et d'accidents tient à ce qu'on n'a pas assez serré les premiers tours des bandelettes, et alors le testicule s'échappe, le scrotum est comprimé et s'œdématie, ou bien la compression ne porte que sur une partie de l'organe.

» Pour éviter l'espèce de coupure que peut déterminer le premier tour de bandelette, il faut d'abord matelasser la partie avec la charpie longuette.

» Il suffit, terme moyen, de huit jours, quelquefois de deux ou trois jours, pour que la compression ait produit son effet, à moins d'engorgements anciens et d'altérations profondes.

» Le meilleur moyen pour détacher la compression consiste à faire filer, entre la peau du scrotum et les bandelettes, une sonde cannelée servant à diriger une paire de ciseaux droits.

» On débarrasse ensuite la peau du scrotum de l'emplâtre adhérent avec un peu d'alcool ou bien avec de l'eau de Cologne.

» Lorsque la compression n'a pas été employée, les onctions répétées une ou deux fois par jour avec deux ou quatre grammes d'onguent mercuriel double, et secondées de l'usage des cataplasmes, réussissent à la période de déclin.

» Enfin, on fait succéder aux onctions mercurielles, et pour combattre les derniers restes de l'engorgement de l'épididyme, l'emplâtre de Vigo *cum mercurio*, seul ou combiné à l'emplâtre de ciguë. Ici encore, les fumigations de fleurs de sureau, la vapeur de vinaigre brûlé sur une pelle rouge, les frictions avec les pommades d'iodure de plomb ou d'hydriodate de potasse m'ont paru avoir quelque efficacité.

» Quant à l'écoulement blennorrhagique, je rejette comme nuisibles et dangereux tous les procédés qui ont été mis en pratique pour le rappeler.

» A la période aiguë, il faut respecter l'écoulement ou, comme on dit vulgairement, *laisser couler*. Autrement, tant pour abréger la durée totale de la blennorrhagie et de l'épididymite, que pour enlever à cette dernière le prétexte d'un retour par suite de la persistance de l'écoulement, il faut simultanément s'occuper de faire disparaître celui-ci.

» Du reste, on a observé dans bon nombre de cas que les antiblennorrhagiques proprement dits, cubèbe, copahu, pouvaient favoriser la résolution des engorgements de l'épididyme.

» Enfin, bien que les rapports sexuels doivent être défendus pendant la durée de la maladie ; cependant, quand l'écoulement a cessé depuis déjà un certain temps, et que la douleur n'existe plus, les rapports sexuels, modérés et à des intervalles assez éloignés, favorisent singulièrement la résolution. » (Ricord, *Journal de chirurgie*, mai 1843, p. 170.)

§ II. Orchites non-blennorrhagiques.

Jusqu'à présent nous ne nous sommes occupés que de l'orchite qui survient pendant le cours d'une blennorrhagie ou peu de temps après sa disparition. C'est qu'en effet c'est cette espèce d'orchite qui, par sa grande fréquence, a toujours attiré presque exclusivement l'attention des pathologistes. Cependant il existe d'autres orchites qui, bien qu'elles soient extrêmement rares, doivent cependant être mentionnées. Voici ce que dit de ces orchites M. Velpeau.

« Les inflammations du testicule ayant leur point de départ dans la vessie ou dans l'urètre, sans qu'il y ait de blennorrhagie chez le malade, présentent quelques caractères communs et plusieurs caractères dissemblables ; ainsi toutes débutent par l'épididyme, comme l'orchite blennorrhagique ; tantôt aussi le canal déférent est compris dans l'inflammation, et tantôt il y reste étranger de la même façon. Mais la marche du gonflement et des autres phénomènes inflammatoires n'offre plus la même régularité, la même uniformité que dans l'orchite blennorrhagique ; bien plus, l'orchite alors offre presque autant de nuances qu'il y a, dans l'urètre ou la vessie, de causes capables de la produire.

» L'introduction de corps étrangers dans l'urètre, d'une bougie, d'une sonde, d'un cathéter, d'un instrument lithotriteur, détermine ordinairement une orchite qui atteint très-vite son summum de développement; il est rare alors que la tumeur devienne très-rouge et aussi douloureuse que dans l'orchite blennorrhagique : il est assez rare aussi que la tunique vaginale se remplisse de sérum; le plus souvent, enfin, ce genre d'orchite se termine par résolution complète dans l'espace de six à dix jours, sous l'influence de simples topiques émollients ou légèrement résolutifs. Il convient, quand on la voit naître, de suspendre toute manœuvre opératoire par l'urètre, de condamner le malade au repos, de prescrire des bains tièdes et d'envelopper les bourses de cataplasmes adoucissants; mais il est juste d'ajouter que j'ai vu plusieurs fois le mal se dissiper quoiqu'aucune de ces précautions n'eût été prise, et que les dilatations de l'urètre ou les séances de lithotritie qu'on avait commencées n'eussent point cessé d'être continuées.

» Les orchites qui naissent d'un état ulcéreux, tuberculeux ou cancéreux du col de la vessie ou de la région prostatique de l'urètre ont cela de particulier qu'elles se développent en général avec lenteur ou comme par bouffées; qu'elles portent plus souvent que les autres sur le testicule lui-même; que cette glande acquiert fréquemment sous leur influence un volume considérable; que la maladie alors est susceptible de se terminer par toutes sortes de dégénérescences, par suppuration, du moins, ou par la tuberculisation de la tumeur; qu'elle constitue, en un mot, une lésion aussi constamment grave que l'orchite blennorrhagique l'est généralement peu. Il est inutile d'ajouter que l'état chronique doit succéder aisément à l'état aigu ou subaigu qui forme ici le commencement de la maladie. Ces différentes sortes d'orchites tranchent si complétement avec l'orchite blennorrhagique sous le point de vue d'une foule de symptômes et du pronostic, qu'elles doivent réclamer aussi une thérapeutique différente. Ainsi, les émissions sanguines ne leur sont que rarement applicables, et les mouchetures ne leur conviennent qu'autant que la tumeur est tendue, rouge, douloureuse, contient du sérum épanché; c'est dans les orchites occasionnées par la lithotritie, par la dilatation, par les cautérisations de l'urètre, que les topiques astringents, les réfrigérents, les répercussifs peuvent être utiles dès le principe. Les purgatifs ici sont plutôt indiqués par l'état saburral de la langue et des voies digestives que par l'inflammation même du testicule. Les orchites par lésion organique comportent plutôt les topiques iodurés, et des médications générales en rapport avec la lésion vésicale ou prostatique, que le traitement de l'orchite proprement dite : des sangsues si les accidents inflammatoires l'indiquent; des cataplasmes émollients et des bains pour commencer; ouvrir les abcès par incisions étroites s'il s'en forme; des onctions avec les pommades d'iodure de plomb, d'iodure de potassium, d'iodure de mercure quand le gonflement revêt la forme tuberculeuse; les emplâtres de Vigo, de savon, de ciguë, et plus tard même les vésicatoires volants, telle est la série des moyens à invoquer, selon l'indication spéciale en pareil cas. On le voit donc, bien que partie de l'urètre ou de la vessie, comme l'orchite blennorrhagique, cette catégorie d'inflammations du testicule n'en forme pas moins une classe tout à fait à part, et qu'il faudrait se garder de confondre avec la première (Velpeau, *loco cit.* p. 465).

A la suite des orchites qui reconnaissent pour cause de simples irritations des parties génito-urinaires, M. Velpeau en place une autre plus rare encore, et qui, de même que les précédentes, se distingue de l'orchite blennorrhagique non-seulement par sa cause, sa marche, ses caractères anatomiques, mais encore par ses suites presque constamment bénignes.

« Une orchite, dit-il, qu'il serait bon de ne pas confondre avec l'orchite blennorrhagique, ou les orchites urétro-vésicales, ni avec l'orchite par cause directe, est celle qui résulte de certains efforts musculaires. Tous les chirurgiens savent qu'une infinité de malades rapportent à un violent effort l'orchite aiguë dont ils sont affectés; comme ce n'est là qu'une manière de cacher la véritable origine de

leur mal pour la plupart de ceux qui ont contracté la blennorrhagie, il en résulte que les observateurs admettent à peine comme possible ce genre de cause de l'orchite ; mais c'est à tort. Un examen attentif de la question m'autorise à croire qu'une marche forcée, que la station verticale, que l'action de porter, de soulever un lourd fardeau, que tous les genres d'efforts, en un mot, susceptibles de retentir dans l'aine, sont de nature à occasionner l'inflammation du testicule aussi bien que la pression d'un brayer, d'une pelote, d'un bandage quelconque sur l'anneau ou le trajet du canal inguinal.

»La disposition des muscles et des aponévroses de la région iliaque me paraît expliquer le fait sans difficulté. Si l'on suit avec soin les fibres du muscle droit de l'abdomen, on voit effectivement que quelques-unes d'entre elles se détachent inférieurement de son bord externe, en prenant le caractère fibreux pour se diriger en dehors, passer en forme d'anse sous le canal déférent, et aller se terminer sur la lèvre interne de la crête iliaque. Ces fibres forment la moitié inférieure de l'ouverture abdominale du canal inguinal; étant ainsi plus élevés par leurs extrémités que par leur milieu, le muscle droit ne peut pas se contracter sans que leur partie concave se relève en se redressant, réagisse par conséquent de bas en haut contre le canal déférent, les vaisseaux et tous les éléments constituants du cordon spermatique, qui se trouve par là comme pincé dans une espèce de boutonnière toutes les fois que l'homme se livre à des efforts un peu violents. Je trouve donc tout naturel qu'un certain nombre d'orchites aiguës puissent être produites par de violentes actions musculaires.

» Il résulte même de cette particularité que souvent l'orchite blennorrhagique trouve sa cause occasionnelle dans un effort, et que la maladie de l'urètre n'en est que la cause prédisposante; il en résulte aussi que les orchites nées sous cette influence font naître une tumeur qui débute par l'épididyme ou le canal déférent, que l'urètre et la vessie soient altérés ou non; par conséquent, l'orchite aiguë non urétrale, due à cette cause, présente les mêmes caractères anatomiques que l'orchite urétrale, si bien qu'elle se confond, par ses suites possibles et ses causes, avec l'orchite urétrale; par son mécanisme, et la forme des parties gonflées, elle offre encore ceci de particulier qu'elle tient pour ainsi dire le milieu entre l'orchite blennorrhagique et l'orchite phlegmoneuse, sous le point de vue de la tendance à se terminer par suppuration ou par l'état chronique. » (*Loco cit.*, p. 466.)

§ III. Orchite chronique.

Autant l'orchite aiguë a occupé les pathologistes, autant a été négligée l'orchite chronique; cependant cette maladie a une grande importance ; nous lui consacrerons en conséquence un chapitre aussi complet qu'il nous sera possible. Pour montrer combien l'étude de cette affection a été en effet peu étudiée par les chirurgiens, il nous suffira de citer le passage que lui consacre M. Velpeau, qui est l'auteur à beaucoup près le plus complet de tous ceux qui ont traité des affections du testicule.

« S'il est vrai qu'elle puisse résulter des différentes nuances de l'orchite aiguë, il l'est aussi néanmoins que l'inflammation chronique du testicule est quelquefois primitive. Les hommes de constitution faible, les vieillards, surtout ceux qui ont été souvent malades, ou bien encore certains individus d'ailleurs robustes dont les tissus s'enflamment difficilement, y sont surtout sujets ; cependant l'orchite chronique indépendante des tubercules, de l'hypertrophie, de la syphilis et des affections cancéreuses, n'est point une maladie fréquente. La distinguer de l'orchite aiguë est une chose trop facile pour que j'en rappelle les moyens. On ne la confondra point avec l'hypertrophie, 1° parce qu'elle n'attaque ordinairement qu'un des testicules ; 2° parce qu'elle est généralement accompagnée d'un certain degré de douleur ; 3° parce que la tumeur, qui dépasse rarement le volume d'un œuf de poule, est presque toujours inégale et plus ou moins bosselée ; 4° parce qu'elle ne porte le plus souvent que sur certaines parties du testicule ou

de l'épididyme. Je ne pense pas que l'orchite puisse se terminer par la dégénérescence cancéreuse, qu'on l'ait jamais vue se transformer en squirrhe, en encéphaloïde, en tumeur colloïde ; mais je crois qu'elle donne souvent lieu à la formation de tubercules. Cependant elle me paraît se distinguer de l'engorgement tuberculeux proprement dit, en ce sens qu'elle se termine assez souvent par résolution, tandis que l'affection tuberculeuse entraîne pour ainsi dire de toute nécessité la terminaison par suppuration. » (*loco cit.*, p. 471.)

Il est à remarquer que la science, pendant qu'elle avance sur certains points, reste souvent stationnaire ou même rétrograde sur d'autres ; c'est ce qui a eu lieu pour l'orchite. Des auteurs d'une date déjà assez reculée avaient fait des observations qui auraient produit de bons résultats si l'on avait cherché à les méditer et à les multiplier. Un coup d'œil rapide sur l'historique de la question nous convaincra pleinement de ce que nous venons d'examiner.

Voici d'abord ce que nous trouvons dans Astruc :

« Le spermatocèle (c'est-à-dire l'orchite) qui est comme le principe des autres hernies humorales, vient de deux causes : 1° du séjour de la semence dans les vaisseaux spermatiques des testicules, ce qui arrive lorsqu'une gonorrhée qui coule est arrêtée tout à coup par une injection astringente, par un excès de vin, par l'exercice du cheval, par un commerce avec les femmes, par la fièvre ; 2° de la congestion d'une semence trop visqueuse dont ces vaisseaux sont engorgés, ce qui arrive lorsque le sang est infecté d'un levain vérolique, qui cause dans la semence un épaississement vicieux. La première espèce de spermatocèle, qui arrive souvent dans la gonorrhée, est moins fâcheuse, en ce sens qu'elle ne dépend que d'une simple stagnation ; aussi, dès qu'on rétablit le flux de la gonorrhée, en procurant une issue à la semence qui séjournait, se dissipe-t-elle ordinairement d'elle-même. La seconde espèce est plus difficile à guérir ; car, comme elle est produite par la vérole, la congestion qui ne s'est faite que lentement forme une tumeur plus dure et par conséquent plus difficile à résoudre. » (Astruc, *Traité des maladies vénériennes*, deuxième édition, t. IV, p. 384.)

Ailleurs, Astruc dit encore :

« S'il arrive même que la semence des testicules vienne à contracter, par le mélange du virus, un trop grand degré d'épaississement, elle ne pourra parcourir les détours et les replis tortueux des vaisseaux spermatiques dans les testicules, ni des testicules remonter jusqu'aux vésicules séminales, ce qui causera différentes espèces de tumeurs dans les testicules. Si la semence qui croupit et qui s'accumule dans les vaisseaux spermatiques les distend, elle produira un spermatocèle ; si le sang arrêté alors dans les ramifications des veines, vient à les gonfler, il arrivera un varicocèle ; si la lymphe, à force d'être retenue, donne lieu à des excroissances dans quelque endroit de la substance des testicules, il se formera un sarcocèle ; enfin, si le séjour du sang ou de la lymphe en fait séparer de la sérosité ou des vents qui se répandent dans la tunique vaginale, il surviendra une hydrocèle ou une pneumatocèle. » (Astruc, *loco cit.*, t. IV, p. 37.)

A part ces explications fantastiques qui étaient autrefois l'accompagnement et comme l'ornement nécessaire du style scientifique, on voit qu'Astruc connaissait plusieurs formes d'orchite vénérienne ; mais, suivant l'habitude de son époque, il s'abstient des détails descriptifs les plus indispensables et les remplace par des explications qui ne servent qu'à défigurer la vérité. Il est cependant facile de se convaincre qu'une de ces formes était attribuée par Astruc à la vérole confirmée ; opinion qui, répétée depuis par Astley Cooper, a concouru pour une bonne part à fonder la réputation de ce chirurgien. Du reste, Astruc, comme il aurait été facile de le prouver en citant quelques autres passages de lui, attribue les différentes formes d'orchite presque toujours à la gonorrhée, qu'elles fussent ou non le symptôme concomitant de la vérole constitutionnelle.

Les indications données par Astruc sont demeurées à peu près stériles. Hunter ne dit rien de l'orchite chronique, soit comme maladie locale, soit comme ré-

sultat d'une vérole confirmée ; et en cela il est imité par la plupart des auteurs qui l'ont suivi, comme il imite lui-même la plupart de ceux qui l'ont précédé.

Cependant Benjamin Bell, sous le nom de tumeur des testicules, décrit avec assez d'exactitude l'orchite chronique ; nous rapporterons ses paroles quand il sera question du testicule syphilitique. Il a aussi, à la suite de l'orchite aiguë, mis quelques mots qui doivent trouver place ici.

« Telle est, dit-il, la terminaison (la résolution) ordinaire de cette maladie (de l'orchite). Dans quelques cas cependant, communément lorsqu'on n'a pas observé un genre de vie convenable, tout le corps du testicule reste tuméfié, et la tumeur résiste absolument à tous les remèdes qui réussissent ordinairement. Si l'on ne tente pas alors d'en diminuer promptement le volume par quelque application convenable, et si on la laisse pendant un certain temps au même degré, elle est très-sujette à rester volumineuse et à garder même une dureté squirrheuse tout le reste de la vie. C'est surtout quand la maladie est à ce point qu'il est à craindre qu'elle ne se termine par l'hydrocèle ou par l'épanchement de sérosité dans la tunique vaginale du testicule ; cet épanchement accompagne même quelquefois ces sortes de tumeurs. Quand le mal est à ce degré, on emploie communément le mercure : ce remède, donné à très-petites doses comme altérant, m'a paru utile dans quelques cas ; mais il est douteux que l'on puisse faire subir un traitement mercuriel complet au malade ; car, quand la tumeur résiste, ce qui est très-ordinaire, ce moyen est très-sujet à la faire augmenter et à y exciter de la douleur et de l'irritation lorsqu'il n'en existait pas avant. Il faut donc, si l'on prescrit le mercure, que ce soit à si petite dose qu'il ne puisse accélérer la circulation, ni exciter la fièvre. » (*Traité de la gonorrhée vir.*, etc., t. I, p. 441 et suiv.)

La doctrine que B. Bell professait sur la syphilis l'a conduit à faire de l'orchite chronique deux divisions, ce qui fait que la première de ces divisions lui paraît peu importante, et c'est moins, comme on le verra plus tard, l'ignorance des faits que leur fausse interprétation qui l'a porté à insister si peu sur l'orchite chronique, qui ne désigne chez lui que la forme légère de cette affection, tandis qu'il s'étend longuement sur le testicule syphilitique qui en est la forme grave.

Swediaur, qui ne partageait pas les erreurs de Bell et de son école, a mieux apprécié le véritable état des choses ; et l'on trouve chez lui des idées incomplètes sans doute, mais très-judicieuses sur l'orchite chronique, à laquelle il consacre un chapitre spécial sous le nom d'*Endurcissement et autres maladies des testicules*.

Voici un extrait de ce chapitre :

« Il arrive bien souvent que les symptômes (de l'orchite aiguë) laissent, en se dissipant, un endurcissement chronique de cette partie, qui exige un traitement particulier.

» Cet endurcissement, qu'on nomme communément squirrhe des testicules (scirrhus testiculi), arrive lorsque la tumeur de l'épididyme a été mal traitée ou ne l'a pas été du tout. Le même accident arrive aussi quelquefois après une inflammation du testicule provenant d'une cause quelconque, soit interne, soit externe, et pour lors les deux testicules sont quelquefois également affectés.

» J'ai trouvé dans de pareils cas que l'épididyme était toujours très-dur et enflé, et que le testicule endurci était aussi quelquefois enflé, mais plus souvent diminué en grosseur et, pour ainsi dire, resserré dans sa substance. Cette affection est quelquefois accompagnée d'une sensation tensive et douloureuse, d'autres fois il n'y a aucune douleur. Le testicule ainsi affecté est, selon les observations des malades, évidemment sans action dans le coït, et le malade est incapable d'engendrer si les deux testicules sont attaqués dans cette maladie.

» Ce mal reste rarement long-temps sans dégénérer. Il produit alors une dilatation ou tumeur des vaisseaux sanguins du cordon spermatique et du testicule, connue sous le nom de varicocèle ou cirsocèle (du grec κιρσος, varix, κηλη, tumor, c'est-à-dire tumeur variqueuse). D'autres fois il produit une excroissance

ou tumeur inégale et dure du testicule, qu'on appelle communément sarcocèle (du grec σαρκός, caro, et κήλη, tumor). A ces maux il se joint le plus souvent une dilatation vicieuse des vaisseaux lymphatiques, du cordon spermatique, dans toute leur longueur jusqu'aux reins, qui deviennent à la fin pareillement affectés ; ou enfin cette tumeur se change en un véritable chancre. Il ne faut donc rien négliger pour exciter promptement la nature à discuter et à résoudre cet endurcissement le plus tôt possible. » (Swediaur, *Traité complet*, etc., *des maladies syphilitiques*, t. I, p. 142.)

Depuis Swediaur on a peu ajouté à l'histoire de l'orchite chronique, et même ses successeurs n'ont pas toujours profité des connaissances qu'il leur avait léguées. Le traité de M. Lagneau ne renferme rien sur l'orchite chronique, il en est de même du Traité des maladies vénériennes de M. Ricord, et presque de même encore de l'ouvrage de M. Baumès ; cependant il semble que la lacune de l'ouvrage de M. Baumès tienne moins à un défaut d'observation de sa part, qu'à l'opinion mal fondée, selon nous, que l'orchite chronique ne devait point faire partie de son domaine. Voici en effet ce qu'on lit à la page 129 de la seconde partie de son Traité :

« L'inflammation peut passer aussi à l'état chronique, ce qui n'arrive guère que par la négligence, les fautes du malade ou le défaut d'un traitement convenable. Dans ce cas le testicule et ses dépendances peuvent offrir plus tard les divers états d'hypertrophie, de dégénérescence, de transformation, etc., que l'on considère, en pathologie chirurgicale, en traçant l'histoire du sarcocèle, ce dont je ne dois pas m'occuper ici.

» Toutes ces variétés des suites de l'épididyme ou orchite blennorrhagique peuvent se confondre plus tard avec les variétés du testicule vénérien proprement dit, symptômes de syphilis constitutionnelle dont je parlerai plus tard. » (Baumès, *loc. cit.*)

A. Cooper a décrit assez longuement les caractères anatomiques de l'orchite chronique ; mais ces caractères appartiennent-ils réellement à l'inflammation simple ou blennorrhagique? Il est permis d'en douter, attendu que la partie symptomatologique n'est pas ou est à peine abordée; en sorte que le progrès que le chirurgien anglais aurait pu apporter dans l'histoire de l'orchite chronique demeure très-douteux par l'absence de détails indispensables. Quoi qu'il en soit, nous allons rapporter ses propres paroles.

« Lorsque le testicule a été enlevé dans la période qui précède la suppuration, il est, ainsi que l'épididyme, d'un blanc jaunâtre et d'une dureté considérable. Si l'on fait une section sur un testicule atteint d'engorgement chronique, et si on l'agite dans l'eau, on voit s'échapper un fluide blanc-jaunâtre des tubes séminifères, qui sont extrêmement dilatés et qui ensuite paraissent vides. Cependant le volume du testicule reste le même à cause de la fibrine jaune ou lymphe coagulable dont le tissu cellulaire de cet organe est infiltré. La membrane réticulaire est remplie par le même produit de sécrétion que la substance tuberculeuse. On le trouve également dans l'épididyme, quelquefois même il distend les vésicules séminales et les vaisseaux déférents. Mais l'effusion, quel que soit son siége, peut être résorbée par l'emploi d'un traitement approprié, et alors le testicule reste capable d'accomplir ses fonctions. Par conséquent, la maladie est susceptible d'une guérison complète.

» Dans un second état pathologique, l'infiltration de lymphe plastique ou adhésive existe en même temps qu'un ou plusieurs abcès du testicule ou de l'épididyme. Sa présence peut aussi coïncider avec une ulcération plus ou moins étendue; de telle sorte qu'une portion considérable de l'organe est détruite et ne permet plus le retour complet des fonctions de cette partie. Plusieurs abcès se trouvent quelquefois dans le même testicule.

» Troisièmement, il peut exister des trajets fistuleux qui font communiquer avec l'air extérieur des cavités formées par la suppuration. La semence continuant à se sécréter, les cavités et les tissus adjacents ne peuvent se cicatriser tant que la surface sécrétante n'est pas guérie ou détruite.

» Quatrièmement, dans les cas où il

existe une tumeur granuleuse, on observe que les granulations prennent leur origine dans la substance séminifère. Elles sont projetées à travers l'enveloppe ulcérée du testicule ou de l'épididyme, mais plus fréquemment à travers l'enveloppe du premier ; c'est cette hernie des bourgeons charnus qui produit la tumeur qu'on observe si souvent à la suite de l'abcès chronique du testicule. » (A. Cooper, p. 436.)

Curling (*A practical treatise on the diseases of the testicle*, p. 299 et suiv.) répète les assertions de Cooper en insistant encore plus sur les détails d'anatomie intime, mais en négligeant des choses beaucoup plus importantes, comme, par exemple, celle de démontrer que ce qu'il écrivait appartenait bien à l'orchite chronique et non à une autre affection.

Ces données étant connues, nous allons maintenant tracer l'histoire de l'orchite chronique.

L'orchite chronique est rarement primitive ; presque toujours elle succède à l'aiguë, soit d'une manière immédiate, soit, et c'est le cas le plus fréquent, d'une manière médiate. Dans le premier cas, qui est le plus facile à apprécier, l'orchite aiguë devient indolente à peu près vers l'époque habituelle, mais la tuméfaction persiste malgré tous les moyens employés ; quelquefois même elle augmente sans pour cela s'accompagner de douleurs ni même d'une sensibilité plus grande aux impressions des corps extérieurs. Dans le second cas, qui est le plus fréquent, la résolution de la tumeur se fait d'une manière presque complète, ou même tout à fait complète au moins en apparence, et les malades se croient entièrement guéris. Ils reprennent leurs occupations, et ce n'est que trois ou quatre mois, quelquefois un, deux ou trois ans plus tard, qu'ils s'aperçoivent d'une tumeur dans les testicules ; celle-ci est alors parvenue à un assez haut degré de développement, attendu qu'elle ne frappe l'attention des malades que lorqu'elle les incommode par son poids ou par son volume, n'étant ordinairement que peu ou point douloureuse. Ce qu'il y a de remarquable c'est que dans le seul cas d'orchite chronique dès le début ou orchite chronique primitive que M. de Castelnau ait observé, celle-ci n'a point débuté à l'époque où se manifeste l'orchite aiguë, mais bien à l'époque où survient l'orchite chronique secondaire. On voit souvent l'orchite chronique s'accompagner d'épanchement de liquide dans la tunique vaginale ; quand cette complication est portée à un degré considérable de développement ou que seulement elle attire l'attention d'une manière particulière, il arrive souvent que l'orchite n'est aperçue qu'au moment où l'on pratique l'opération de l'hydrocèle, et ce n'est pas toujours sans un certain danger pour les malades ; car si la quantité de liquide est beaucoup plus faible qu'on ne le pensait d'abord, et si en même temps l'engorgement du testicule est dans des conditions opposées, il est à craindre que le chirurgien ne se décide à pratiquer la castration. Nous reviendrons sur cette circonstance en traitant de l'hydrocèle.

Dans l'orchite chronique, les parties affectées sont les mêmes que dans l'orchite aiguë, à l'exception néanmoins du cordon testiculaire, qui est beaucoup plus souvent sain dans la première que dans la dernière forme. L'épididyme est beaucoup plus volumineux que dans l'état naturel ; il est dur, quelquefois lisse à sa surface, plus souvent inégal et offrant des noyaux où l'induration est beaucoup plus prononcée qu'ailleurs ; le testicule est d'un volume beaucoup moins considérable, proportion gardée ; il se trouve ordinairement placé et comme enchâssé à la partie antéro-inférieure de l'épididyme, qui semble comme déprimé pour le recevoir ; quelquefois les bords de la dépression formée dans l'épididyme se terminent en s'amincissant graduellement, et alors les deux organes ne forment qu'un tout homogène dans lequel il est difficile de distinguer les différents éléments qui concourent à le former. Néanmoins, avec beaucoup de soin on peut encore y parvenir dans bon nombre de cas ; et cela est d'une importance extrême, puisque c'est quelquefois le seul moyen capable d'éclairer le diagnostic. L'homogénéité de la tumeur est en effet très-rarement parfaite ;

le testicule est toujours peu, et souvent beaucoup moins dur que l'épididyme; et si l'on parcourt attentivement avec l'extrémité des doigts toute la surface de la tumeur, on ne tarde pas à rencontrer un point moins résistant que les autres; si ce point occupe la place habituelle du testicule, et si en pressant un peu fortement sur lui on détermine une douleur semblable à celle que produit la pression sur le testicule sain, on peut être certain que c'est cet organe que l'on palpe. Dans quelques cas, ce point non-seulement est plus mou que les autres, mais encore il l'est beaucoup plus que le testicule sain; il donne une sensation de fluctuation obscure, et peut en imposer pour un foyer de ramollissement; cette sorte de ramollissement du testicule ne paraît pas avoir de gravité spéciale, et, dans les cas observés, il a toujours repris sa consistance normale.

Le volume de la tumeur est très-variable; il peut égaler celui de la tête d'un fœtus à terme, mais il se borne ordinairement à celui d'un œuf de dinde. La surface, ainsi que nous l'avons dit, est assez souvent irrégulière, mais elle peut être à peu près parfaitement lisse, surtout quand la tumeur a acquis un grand développement; mais, dans ces cas, aussitôt que la résolution commence, les irrégularités apparaissent et augmentent de plus en plus à mesure que l'état de la maladie s'améliore.

Dans l'état de repos la partie est presque toujours complétement indolente, et le malade, à raison de cette insensibilité, la touche avec une rudesse qui étonne le chirurgien selon l'expression d'A. Cooper. Dans la marche, ou pendant tout autre exercice corporel, il se manifeste quelquefois de la douleur, quoique, dans ces circonstances mêmes, la principale incommodité dépende de la gêne mécanique que la tumeur apporte aux mouvements. Les douleurs, quand elles existent, dépendent presque toujours des tiraillements que la tumeur exerce par son poids; aussi se dissipent-elles, ou au moins diminuent-elles considérablement par l'application d'un suspensoir. Il n'est pas démontré qu'elles prennent jamais le caractère nocturne qui appartient à quelques maladies syphilitiques des os.

La maladie se termine habituellement par une résolution incomplète ou rarement complète lorsqu'elle est convenablement traitée; pour obtenir ce résultat avantageux, il ne faut jamais moins de plusieurs semaines, et plus souvent encore de plusieurs mois; cependant, lorsque, par exception, on est appelé à une époque très-rapprochée du début, il peut se faire que la résolution soit obtenue dans l'espace d'une ou deux semaines. Si l'on en croit les assertions d'Astley Cooper, il semblerait que l'orchite chronique peut, comme l'aiguë, envahir un testicule pendant qu'elle abandonne l'autre; en tout cas, ce fait est assez rare, et l'on en conçoit facilement la raison. On observe plus souvent, quoique assez rarement encore, les deux testicules envahis à la fois ou successivement; ce même fait s'observe également lorsque, par erreur de diagnostic, le premier testicule envahi a été soumis à l'amputation.

Il est difficile de dire ce que devient l'orchite chronique abandonnée à elle-même, vu la difficulté qu'il y a à l'observer pendant un temps suffisant; on trouve dans Astley Cooper qu'elle se termine souvent par des suppurations multiples; mais comme cet auteur a évidemment confondu l'inflammation tuberculeuse avec l'inflammation blennorrhagique, ses assertions ne prouvent rien quant à cette dernière; cette terminaison, dans tous les cas, est extrêmement rare, et ce n'est que dans les cas où elle a lieu que la peau du scrotum finit par participer à la maladie. D'autres auteurs, ainsi qu'on a pu le voir dans le court historique qui précède, n'ont pas fait difficulté d'admettre la transformation de l'orchite chronique en tumeur de mauvaise nature, en cancer; mais ils n'ont fait en cela que payer un tribut aux vieilles idées de routine, sans bien réfléchir si leurs affirmations se fondaient sur des observations précises, et même très-probablement sans se douter à quelles conditions des observations même exactes deviendraient concluantes. Ce qu'il y a de positif, c'est que l'orchite blennorrhagique dure fort long-temps. Les malades qui sont assez

patients pour continuer un traitement convenable pendant un temps fort long, finissent par guérir à peu près dans tous les cas, en conservant toutefois une légère tuméfaction de l'épididyme ; les autres éprouvent une série qui semble indéfinie d'alternatives d'augmentation et de diminution, l'amélioration se manifestant chaque fois qu'ils commencent un traitement convenable et disparaissant lorsque le traitement est prématurément abandonné. Lorsque plusieurs alternatives ont ainsi été éprouvées par les malades, l'engorgement tend de plus en plus à devenir stationnaire et réfractaire aux moyens de traitement : cependant il y a ordinairement une amélioration sensible lorsque le traitement a été suivi pendant un certain temps avec exactitude.

L'atrophie des testicules est encore une des terminaisons que l'on a attribuées à l'engorgement blennorrhagique chronique ; cette terminaison semble plus admissible que les précédentes, bien que les observations connues ne la démontrent pas d'une manière irrécusable. En dehors du siége, du volume et de la consistance, les caractères anatomiques plus intimes de l'orchite chronique sont fort peu connus, et ont été supposés plutôt que constatés positivement. Nous avons déjà dit ce qu'il fallait penser des observations d'Ast. Cooper à ce sujet, ainsi que de celles de son compatriote Curling ; nous n'y reviendrons pas ici ; nous dirons seulement, à propos de Cooper, que bien que ce chirurgien ait très-probablement confondu dans une seule description l'orchite chronique blennorrhagique avec l'orchite tuberculeuse, et que les trois derniers états appartiennent évidemment à la dernière espèce, sinon en totalité, au moins en grande partie, il est cependant probable que la première moitié de sa description se rapporte en partie à l'engorgement blennorrhagique et que, tout inférieure qu'elle est, elle semble au moins prouver que tant qu'il n'y a pas de suppuration dans le testicule, on peut espérer de lui voir reprendre l'intégrité de ses fonctions. Or comme la suppuration, ainsi que nous le verrons, est très-rare dans le testicule syphilitique, il s'ensuit que l'impuissance sera un accident rare dans cette maladie. Du reste, l'état des fonctions génitales a été fort mal étudié pendant la durée comme à la suite de l'orchite blennorrhagique. Dans un cas où M. de Castelnau a sur ce point des renseignements précis, et dans lequel un seul testicule était affecté, les appétits vénériens étaient évidemment diminués, et ils devinrent plus vifs après la guérison, quoiqu'ils fussent encore moins vifs qu'avant la maladie. Mais pour bien apprécier l'état de la fonction copulative, il faudrait l'observer chez des malades dont l'affection est double, et les occasions n'en sont pas fréquentes.

L'engorgement blennorrhagique chronique est tantôt l'unique symptôme de l'infection syphilitique, tantôt il coïncide avec d'autres symptômes primitifs ou secondaires. C'est cette dernière coïncidence qui en a imposé à plusieurs auteurs, entre autres à B. Bell, à Astley Cooper et à ceux qui ont partagé leurs erreurs sur la véritable nature de cet engorgement. Ces auteurs, en effet, l'ont considéré comme un symptôme constamment secondaire, tandis qu'en réalité il est presque toujours primitif. Ce qui le prouve, c'est que le plus souvent il succède à peu près sans interruption à l'orchite aiguë, et ne s'accompagne pas d'accidents constitutionnels ; mais il est évident que comme assez souvent l'engorgement testiculaire ne se manifeste ou n'est aperçu que plusieurs mois après le symptôme primitif, c'est-à-dire à une époque où les accidents secondaires se développent, il est évident qu'il doit coïncider quelquefois avec ceux-ci ; malgré l'assertion contraire d'Astley Cooper et de quelques auteurs, cette coïncidence ne constitue pas la règle générale. L'orchite blennorrhagique chronique semble donc être un *symptôme primitif prolongé* : mais ce n'est point, au moins dans l'immense majorité des cas, un accident secondaire. Cette considération n'est pas sans importance, car les symptômes constitutionnels se transmettant par hérédité beaucoup plus fréquemment que les accidents primitifs, et peut-être exclusi-

vement, il en résulterait que tout coït fécondant devrait être interdit pendant la durée de l'engorgement syphilitique chronique, ce qui serait une pratique nuisible et sans but réel.

Le *pronostic* ressort très-simplement de ce qui précède : l'engorgement blennorrhagique chronique du testicule sera grave en ayant égard à la durée de la maladie; il sera grave quant à la marche, parce que, si le malade ne suit pas un traitement convenable et suffisamment prolongé, il s'exposera d'une manière certaine à des récidives qui deviennent ensuite intermittentes, et qui pourront finir par abolir les fonctions génitales. Si, au contraire, le malade a la facilité et la patience de suivre un traitement approprié, la maladie n'offrira que très-rarement de la gravité.

Mais pour porter avec certitude un pronostic aussi favorable sur une tumeur du testicule, il faut être parfaitement édifié sur son diagnostic ; c'est là le point capital que nous allons tâcher de traiter.

Pour arriver à un diagnostic précis, on prendra en considération : 1° les antécédents de la maladie, 2° sa fréquence, 3° ses symptômes actuels ; 4° son début et sa marche; 5° ses phénomènes concomitants.

1° *Antécédents.* L'antécédent à peu près constant c'est la blennorrhagie ; la connaissance de cet antécédent étant d'une importance extrême, il faudra y insister long-temps, et sous toutes les formes, avant de se tenir pour bien renseigné à ce sujet. — Un autre antécédent d'une grande importance, c'est l'existence antérieure d'une orchite aiguë; si cette orchite aiguë surtout a existé du même côté que la tumeur que l'on observe actuellement, il est à peu près certain que celle-ci est une orchite chronique. Enfin on devra, comme dans toutes les maladies, étudier avec soin l'état de la constitution, voir si le malade offre des traces évidentes de scrofule ou des signes de cancer, etc.

2° *Fréquence.* C'est encore là une circonstance qui pourrait à la rigueur être rangée parmi les antécédents ; elle ne doit être employée à éclairer le diagnostic que dans les cas où tous les autres signes ne peuvent conduire à la certitude ; mais, dans les cas de ce genre, elle ne laisse pas que de rendre des services signalés. En effet, en l'absence de signes évidents de cancer, de tubercules, de kyste des bourses ou de la vessie, on ne pourra guère avoir affaire qu'à une orchite chronique simple ou blennorrhagique; or, comme la seconde est beaucoup plus fréquente que la première, on aura par cela même beaucoup plus de probabilités en faveur de celle-là qu'en faveur de celle-ci.

3° *Symptômes actuels.* Les symptômes comprennent : a. *Le volume* de la tumeur; ce volume a déjà été indiqué, il ne peut servir à rien ou à presque rien dans le diagnostic. — b. *La forme*; ce caractère, également indiqué, fournira des signes d'une très-faible valeur, à moins qu'il ne s'agît de distinguer la tumeur d'une hydrocèle, d'une hernie ou d'un kyste du cordon, maladies dans lesquelles la forme est fort différente de celles des tumeurs appartenant en propre au testicule. Cependant, si la forme de la tumeur permet de distinguer l'épididyme très-engorgé du testicule presque normal, elle fournira un signe précieux en faveur de l'orchite blennorrhagique. — c. *La consistance.* Ce signe est précieux et se réunit au précédent pour faire distinguer l'épididyme du testicule ; par lui on constate d'abord l'absence de fluctuation, et, par conséquent, l'absence d'une hydrocèle ; si la fluctuation n'était pas très-évidente, on pourrait avec succès avoir recours à la ponction indienne, et rechercher la transparence. D'ailleurs, comme nous avons dit que l'hydrocèle compliquait souvent l'orchite, il ne faudra se prononcer sur l'existence de celle-ci que lorsqu'on aura entièrement donné issue au liquide. L'hématocèle se distinguera par les mêmes moyens que l'hydrocèle ; elle aura de plus des antécédents traumatiques presque constamment signalés par les malades. La consistance de l'engorgement est assez uniforme; elle est considérable ordinairement dans toute l'étendue de l'épididyme, beaucoup moindre au niveau du testicule, où l'on sent même quelquefois comme une fluctua-

tion obscure ; rien de semblable ne s'observe ni dans l'engorgement tuberculeux, ni dans l'engorgement cancéreux ; dans le premier, outre le volume ordinairement peu considérable de la tumeur, sa consistance est partout la même pendant long-temps, et, lorsqu'elle vient à changer, c'est par petits points isolés et multiples qu'il se forme des ramollissements; dans le second, la consistance est partout considérable jusqu'au moment où le ramollissement se manifeste, et alors ce ramollissement se fait par plusieurs points à la fois ; alors, si le cordon était sain, il s'engorge de plus en plus ; la peau rougit ; en un mot, la maladie s'aggrave, tandis que le ramollissement spécial de l'engorgement blennorrhagique reste le même, ou se manifeste avec l'amélioration de la tumeur quand d'abord il n'était pas très-évident. Dans les kystes du cordon ou des bourses, le testicule et l'épididyme sont toujours reconnaissables et à peu près normaux, à moins que ces kystes n'aient pris un grand développement, et, dans ce dernier cas, comme la matière qui les remplit est toujours liquide, la ponction lèvera tous les doutes. Il nous serait difficile de dire quelle différence existe, sous le rapport de la consistance comme des autres caractères de la tumeur, entre l'engorgement blennorrhagique et l'engorgement simple, celui-ci étant très-rare et non encore décrit. Cette connaissance n'est d'ailleurs que faiblement à regretter, car le diagnostic important est celui qui conduit à un traitement convenable, et surtout qui fait éviter un traitement meurtrier. — d. *L'état de la peau* est normal dans l'engorgement blennorrhagique comme dans ceux d'une autre nature; seulement, dans ces derniers, il se modifie à une certaine époque, et alors il peut servir à établir le diagnostic, puisque la suppuration dans l'engorgement blennorrhagique est pour le moins extrêmement rare.— e. L'*état du cordon spermatique* servira dans un grand nombre de cas à éclairer la nature de la tumeur : ainsi il est évident que dans les hernies et dans les kystes il offrira un volume hors de toute proportion avec l'épaississement qui résulterait d'une simple tuméfaction du conduit déférent. Dans le testicule tuberculeux on a noté la disposition noueuse et comme en chapelet de ce conduit ; cette disposition se rencontre, en effet, assez souvent ; mais elle peut manquer, comme aussi elle peut coïncider, quoique plus rarement, avec des engorgements qui ne sont nullement tuberculeux. Quant à l'engorgement cancéreux, il peut exister avec comme sans augmentation de volume du cordon ; cependant cette augmentation existe plus souvent que dans l'engorgement blennorrhagique, et, quand elle a lieu, elle n'est pas ordinairement bornée, comme lorsqu'elle accompagne ce dernier, au seul conduit déférent, sur lequel elle se prolonge beaucoup plus haut.—f. La *douleur*, malgré les assertions si souvent répétées, quoiqu'à chaque instant reconnues fausses, ne peut servir que fort secondairement à éclairer le diagnostic ; ces prétendus élancements si caractéristiques du cancer, dus à l'imagination et propagés d'âge en âge par la routine, se rencontrent très-rarement dans cette maladie comme dans les autres, et pas plus dans la première que dans les dernières. Les douleurs nocturnes sont elles-mêmes extrêmement rares dans l'orchite chronique, et, quand elles se rencontrent, elles sont si mal caractérisées qu'à peine peuvent-elles servir à établir une simple présomption.

4° *Début et marche*. Quand l'engorgement blennorrhagique a succédé à l'orchite aiguë le diagnostic est déjà tellement avancé qu'il ne faut plus que bien peu de chose pour le rendre complet ; je suppose donc ici que l'engorgement débute par l'état chronique. Eh bien ! dans ce cas encore la maladie fait presque toujours une invasion brusque, et lors même qu'elle ne se développe que graduellement, elle parvient en assez peu de temps à son maximum d'accroissement ; c'est ce qui n'a lieu pour aucune autre maladie chronique des bourses, l'hématocèle et la hernie exceptées ; or, avec ces deux dernières le diagnostic sera rarement embarrassant. Pour peu que la maladie date de long-temps, le malade aura déjà fait quelques traitements incomplets, et l'on pourra constater que sous l'influence

de chaque traitement la maladie se sera améliorée et qu'elle se sera reproduite quelques semaines ou, tout au plus, quelques mois plus tard; c'est encore là une marche qui ne convient qu'à l'orchite blennorrhagique chronique.

5° *Phénomènes concomitants*. Plusieurs autres affections peuvent exister en même temps que l'orchite syphilitique chronique, et parmi elles quelques-unes peuvent concourir à éclairer le diagnostic ; nous placerons en première ligne toutes celles qui accompagnent ou suivent souvent la blennorrhagie, telles que l'arthrite, la prostatite, les rétrécissements de l'urètre; ces affections, en traduisant une disposition aux déplacements métastatiques, donnent une probabilité de plus en faveur de la nature blennorrhagique et par conséquent métastatique de l'engorgement. Les symptômes généraux de vérole fournissent une probabilité moindre dans le même sens. Nous disons moindre, parce que l'orchite blennorrhagique est moins souvent un symptôme secondaire qu'un accident primitif prolongé. Enfin l'absence des affections qui donneraient une probabilité contraire, comme les scrofules, la phthisie, devra être rigoureusement constatée.

Avec les éléments qui précèdent, on rencontrera peu de cas dans lesquels on ne puisse arriver à un diagnostic positif; et nous ajouterons en terminant que l'efficacité presque inévitable d'un traitement approprié viendra fournir une nouvelle preuve qui le fixera définitivement, lorsqu'on n'aura pu d'avance lever tous les doutes.

Causes. Les causes de l'orchite chronique, à part la blennorrhagie, sont très-peu connues et doivent être fort rares. Astley Cooper mentionne d'une manière spéciale, la scrofule et les maladies de l'urètre; mais la première de ces causes détermine moins l'orchite que l'affection tuberculeuse, et les secondes sont elles-mêmes presque toujours le résultat d'une blennorrhagie. Quant aux contusions, à l'usage excessif du mercure, à la masturbation, etc., causes mentionnées par Astley Cooper et répétées par Curling, c'est *à priori* et non d'après des observations exactes qu'on a admis leur influence.

Traitement. Cette partie de la thérapeutique se ressent beaucoup de la diversité des opinions que l'on s'est faites sur l'orchite chronique; cependant, nous verrons qu'un fait capital a frappé presque tous les observateurs : c'est que dans cette inflammation, considérée par la plupart comme simple, le mercure est d'une grande utilité. Voici de quelle manière Ast. Cooper décrit le traitement de l'orchite chronique :

« Ce traitement consiste à conserver avec persévérance le décubitus dorsal pendant toute la durée d'un mois. Le malade ne doit pas se contenter d'être couché, il faut que son corps soit assez horizontalement placé pour empêcher, du côté du testicule, tout afflux de sang, causé par la pesanteur. Les malades sont disposés à croire qu'il leur suffit de s'asseoir en plaçant les jambes horizontalement devant eux; mais cette position est au moins aussi défavorable que la station.

» Il faut prescrire aussi, soir et matin, la préparation suivante :

Calomel G iij (15 centigr.);
Opium G i (5 centigr.).

» Il est à désirer que le mercure affecte les gencives et que l'usage en soit prolongé pendant au moins un mois.

» Tous les quatre jours on administrera le matin la mixture suivante :

Infus. de séné, 30 gramm.;
Teinture de séné, 125 gramm.;
Sulfate de magnésie, 30 gramm.;
Solution de tartre stibié, 15 à 20 gouttes.

» Telles sont les bases du traitement interne ou général. Quant au traitement local, il consiste dans des applications de sangsues sur le scrotum deux fois par semaine, dans des fomentations répétées trois fois le jour avec 150 grammes d'une solution de sel ammoniac, additionnée de 30 grammes d'alcool ou avec parties égales de vinaigre et d'une mixture camphrée. En persévérant dans l'emploi de ces moyens, il est rare que la maladie ne cède pas avant la période suppurative; aussi ai-je l'habitude d'annoncer le résultat avec une entière confiance.

» Quand la maladie est sympathique d'une affection de l'urètre, il est nécessaire avant de permettre au malade de renoncer au décubitus dorsal, d'avoir recours à l'usage des bougies dans le cas où le rétrécissement est considérable ; mais si elle n'est accompagnée que d'une simple susceptibilité de l'urètre, ou même d'un léger rétrécissement, il vaut mieux s'en tenir au traitement précédemment indiqué sans recourir à l'emploi des bougies. Ce traitement, en effet, par l'influence qu'il exerce sur toute l'économie, amène la guérison de l'urètre en même temps que celle du testicule sans exposer aux altérations locales que déterminent souvent les bougies. » (*Loco cit.*)

M. Curling conseille les mêmes moyens qu'Astley Cooper, en ajoutant toutefois la compression, les topiques iodurés et quelques autres moyens d'une efficacité beaucoup plus contestable. Il insiste plus encore qu'Astley Cooper sur l'efficacité du mercure, et rapporte un cas dans lequel une orchite chronique compliquée d'hydrocèle, comme cela arrive si souvent, céda assez promptement à son emploi. Enfin, il dit que le repos est moins absolument nécessaire que ne le pense Cooper, et qu'on peut s'en dispenser en partie quand on emploie la compression concurremment avec les autres moyens.

M. Velpeau s'exprime ainsi sur le traitement de l'affection qui nous occupe :

« Le traitement de l'orchite chronique se compose de sangsues appliquées en petit nombre chaque fois et à plusieurs reprises sur le canal inguinal, de frictions avec la pommade mercurielle ou les pommades iodurées sur le testicule, d'emplâtres de savon, de ciguë ou de Vigo sur toute la tumeur, de fumigations avec le cinabre, de bains savonneux, alcalins, de purgatifs salins, de calomel à doses fractionnées, ou des autres préparations mercurielles, de l'iode ou de l'iodure de potassium donnés à l'intérieur. Ces divers moyens, topiques ou généraux, associés diversement, employés chacun à leur tour ou alternativement pendant quelques mois, triomphent à peu près constamment des engorgements chroniques du testicule purement inflammatoires. Leur insuffisance prouve presque avec certitude que l'engorgement est compliqué ou de tubercules, ou d'une cause spécifique, ou de quelque dégénérescence de mauvaise nature, ou bien encore d'une cause éloignée qui n'avait point été aperçue d'abord. » (Velpeau, *loco cit.*)

Nous ferons remarquer que le traitement que M. Velpeau conseille convient parfaitement à un engorgement de nature syphilitique, et que, par conséquent, il n'est pas rationnel de dire que son insuffisance prouve la *complication d'une cause spécifique ;* nous croyons, au contraire, que cette insuffisance prouverait jusqu'à un certain point qu'une *certaine cause spécifique* n'existe pas : heureusement le contraire a presque toujours lieu, ce qui explique pourquoi la maladie guérit. Voici ce que dit M. de Castelnau :

« Le traitement de l'orchite est éminemment simple et heureusement non moins efficace ; je vais passer en revue les moyens qui doivent le constituer :

» *Moyens hygiéniques.* Le repos, sans avoir dans l'orchite syphilitique chronique toute la puissance qu'il a dans l'aiguë, jouit néanmoins d'une grande efficacité, et, bien que la maladie puisse souvent guérir sans qu'on en fasse usage, il contribue cependant beaucoup à en abréger la durée, et dans quelques cas il devient tout à fait indispensable. C'est donc dans le repos que je conseillerai de commencer le traitement toutes les fois que la chose sera praticable.

» Le régime digestif ne me paraît devoir être modifié en rien, à moins que le malade ne se livre habituellement à des excès, ou bien à moins que quelque complication ne réclame des indications spéciales. Je ne priverai même pas les malades d'un peu de café ou de liqueur s'ils ont l'habitude d'en user modérément après le repas. Les médecins s'empressent trop en général, à propos de la moindre maladie, de rompre les habitudes diététiques des malades, et quand, par exception, ils parviennent ainsi à faire exécuter leurs prescriptions, ils ne réussissent le plus souvent qu'à altérer les fonctions digestives sans aucun avantage pour la maladie qu'ils traitent. C'est là une voie vicieuse sur laquelle j'ai déjà appelé l'attention, et que je combattrai

souvent parce que je la crois très-nuisible dans le traitement des maladies en général, et dans celui de la syphilis en particulier.

» Les observations ne me permettent pas d'émettre une opinion bien arrêtée sur la direction qu'il faut donner *au régime génital*. Si les deux testicules étaient affectés à la fois et qu'il y eût une quasi-impuissance, il est évident que la règle de conduite serait toute tracée et qu'il faudrait conseiller l'abstinence. Mais c'est là le cas le plus rare ; ordinairement un seul testicule est affecté ; et, soit qu'il continue à remplir ses fonctions, soit qu'il les ait perdues en partie ou en totalité, les fonctions génitales sont souvent encore assez énergiques : or, dans ces circonstances, faut-il imposer silence aux désirs vénériens ? faut-il au contraire les satisfaire ? J'ai eu l'occasion de voir deux malades qui, sur ce point, ont suivi une marche diamétralement opposée, et cependant l'un et l'autre sont arrivés à peu près en même temps à une terminaison heureuse de leur maladie. D'où je conclus, jusqu'à démonstration du contraire, que l'influence du régime génital est d'une importance secondaire dans le traitement de l'orchite syphilitique chronique, et que, par conséquent, on devra surtout le régler sur les habitudes physiologiques de chaque individu, en se maintenant toujours plutôt un peu au-dessous qu'au-dessus du rhythme normal.

» *Moyens thérapeutiques locaux.* Ces moyens doivent se borner aux topiques résolutifs simplement appliqués, ou combinés, soit avec la compression, soit avec les frictions. L'emploi de l'emplâtre de Vigo est le plus usité, et celui qui remplit le mieux les indications. Quand on met la compression en usage c'est aussi aux bandelettes de cet emplâtre qu'il faut avoir recours ; leur mode d'application sera le même que celui que j'ai indiqué dans le traitement de l'orchite aiguë ; il faudra seulement avoir soin de les renouveler chaque jour, attendu que les malades ne peuvent presque jamais garder un repos absolu, le pansement reste rarement bien appliqué pendant plus de vingt-quatre heures. Enfin, quand on emploiera les frictions, on choisira de préférence l'onguent mercuriel seul ou associé, soit à la belladone, soit à l'opium dans les cas rares où il existe de la douleur ; si l'orchite est compliquée d'hydrocèle, on commencera par évacuer le liquide, et l'on pourra faire l'injection ordinaire dans la tunique vaginale sans crainte d'aggraver la maladie du testicule ; il faudra se garder surtout, lorsqu'on trouvera cet organe volumineux, dur et bosselé, d'en faire l'amputation, comme je l'ai entendu conseiller dans une clinique d'hôpital. Les émissions sanguines locales ne m'ont jamais paru nécessaires dans le testicule syphilitique, les malades que j'ai observés ont tous guéri sans ce moyen ; ce ne serait que dans des cas tout particuliers qu'il pourrait devenir indiqué.

» *Moyens thérapeutiques généraux.* Contrairement à ce qui a lieu pour l'orchite aiguë, le traitement général a une influence fort avantageuse sur l'orchite chronique ; c'est à cette circonstance sans doute que l'on doit l'idée que certains auteurs se sont faite de l'orchite blennorrhagique, qu'ils ont considérée comme un symptôme constitutionnel provenant exclusivement d'une affection chancreuse, ces auteurs ne pouvant comprendre qu'une des formes de la blennorrhagie fût accessible aux moyens curatifs de la syphilis. Je n'entrerai point ici dans les détails du traitement général qui convient de préférence à tout autre, parce qu'il n'est pas absolument démontré qu'il y en ait un de supérieur à tous les autres. Je dirai seulement que l'iodure de potassium jouit, dans certains cas, de propriétés aussi promptement efficaces que dans quelques maladies du système osseux et fibreux. Toutefois, si l'engorgement syphilitique coïncide avec d'autres symptômes de vérole confirmée, il sera toujours indiqué d'employer les préparations mercurielles, qui semblent s'opposer bien plus puissamment que l'iodure de potassium aux récidives de la maladie. » (*Loco cit.*)

ARTICLE V.

Testicule syphilitique.

Nous placerons à la suite de l'orchite chronique l'histoire du testicule syphili-

tique, lequel n'est, dans la grande majorité des cas, qu'une orchite chronique telle que nous venons de la décrire et coïncidant avec des symptômes syphilitiques constitutionnels.

Il semblerait, à entendre les auteurs contemporains, que le testicule syphilitique est une découverte d'Astley Cooper, et qu'avant lui rien n'avait été dit sur ce sujet; or, ce chirurgien n'a fait que rapporter, à l'appui d'une opinion professée bien long-temps avant lui, des observations d'une valeur fort équivoque. Nous avons déjà vu qu'Astruc admettait deux sortes de spermatocèle, dont l'une était produite par la vérole, c'est-à-dire par une infection générale secondaire. A la vérité Astruc croyait que cette sorte de spermatocèle pouvait provenir d'une blennorrhagie, et en cela il avait raison de différer avec Astley Cooper; toujours est-il qu'un engorgement testiculaire, produit par la vérole constitutionnelle, ne peut être qu'un testicule syphilitique. Mais un auteur, dont les idées en syphilis se rapprochaient beaucoup de celle de Cooper, B. Bell, avait aussi décrit le testicule syphilitique avec beaucoup plus de soin que Cooper lui-même, ce dont personne jusqu'à ce jour n'a eu l'air de se douter, à l'exception de M. de Castelnau, dans l'article que nous avons cité.

« La tumeur des testicules, dit Bell, survient le plus souvent lorsque, dans la gonorrhée, l'inflammation se propage le long de l'urètre. Plusieurs médecins ont conclu de là, et quelques-uns ont même assuré que ce symptôme n'était jamais vénérien, c'est-à-dire qu'il était toujours une affection locale, et non l'effet d'aucune maladie de la constitution.

» Je conviens que cela est généralement ainsi; il est même fort aisé, dans la plupart des cas, de s'assurer avec évidence que la maladie est l'effet d'une cause locale, et elle cède avec la plus grande facilité aux applications externes; mais il n'en est pas toujours ainsi, car j'ai vu plusieurs exemples du gonflement du testicule causé par la maladie seule du système.

» Mais comment est-il possible de s'en assurer, objecteront ceux qui doutent du fait? Par le gonflement qui n'est pas précédé de gonorrhée, ni d'aucune injure externe; par les preuves que l'on a que le malade est dans le même temps infecté du virus vénérien; enfin, par les effets du mercure, qui dissipe facilement et sans retour la tumeur: elle empire, au contraire, de jour en jour, tant que l'on se borne aux remèdes qui conviennent communément dans le gonflement des testicules produit par la gonorrhée.

» Ces circonstances me paraissent fournir une conviction complète: je les ai souvent rencontrées, et je crois, en conséquence, le fait bien constaté.

» La manière même dont ce gonflement s'annonce le distingue de celui qui est l'effet de la gonorrhée; ce dernier excite, dès qu'il commence à se former, une douleur vive, et l'épididyme est d'abord affecté; dans le gonflement vénérien, au contraire, le malade ne ressent pendant très-long-temps qu'un léger malaise; la douleur, loin de devenir aiguë à mesure que le mal fait des progrès, est tellement sourde et si peu sensible, qu'on serait tenté de croire qu'elle est principalement l'effet de l'augmentation du volume et de la pesanteur du testicule: le corps du testicule est toujours affecté le premier; le gonflement enfin ne gagne l'épididyme que quand la maladie a été négligée, ou quand, faute d'en avoir connu la nature, l'on a jugé que le mercure ne convenait pas.

» Ces circonstances seules suffisent pour faire reconnaître ces deux variétés de tumeurs; l'on peut cependant ajouter que dans le gonflement causé par la gonorrhée, l'inflammation du testicule s'étend sur le scrotum, le rend rouge et douloureux de très-bonne heure; dans l'autre espèce de gonflement, le scrotum est au contraire très-rarement affecté; cela n'arrive même jamais que quand la maladie a subsisté fort long-temps. C'est pourquoi, dans le premier cas, le malade peut à peine souffrir que l'on touche les parties; dans l'autre, on a beau les manier hardiment, il ne sent que peu ou point de douleur. Dans ce qu'on appelle une hernie humorale, toutes les parties contiguës semblent participer, par sympathie, à la maladie du testicule,

car la douleur s'étend jusqu'aux aines et sur toute la partie supérieure des cuisses et de l'abdomen ; dans le gonflement syphilitique, au contraire, la douleur est entièrement bornée aux testicules ou au cordon des vaisseaux spermatiques. Dans ce cas, le gonflement augmente lentement et peu ; ce n'est qu'au bout de plusieurs semaines qu'il approche de son plus haut degré, tandis que dans l'autre la tumeur acquiert communément en quarante-huit heures toute la grosseur dont elle peut être susceptible. Ceux qui révoquent en doute la réalité du gonflement vénérien du testicule, assurent que quand cet organe devient dur et se tuméfie sans avoir éprouvé aucune violence extrême, et sans avoir été précédé de gonorrhée, on doit toujours considérer la maladie comme un vrai squirrhe, qui forme ce que l'on appelle en général un sarcocèle. Mais il s'en faut bien que cela soit ainsi : le sarcocèle se distingue d'ailleurs par quantité de signes très-sensibles de la vraie tumeur syphilitique du testicule. Le premier s'annonce par une dureté du testicule. Il y a, dès le commencement de la maladie, des douleurs vives, lancinantes, dans tout le corps de la tumeur ; ces douleurs deviennent peu à peu aussi aiguës que celles que l'on ressent communément dans le cancer. La tumeur, quoique d'abord lisse, est bientôt remplie de nœuds et d'inégalités ; elle attaque ensuite très-constamment le cordon des vaisseaux spermatiques, qui devient lui-même dur, plein de nodosités et douloureux.

» Le gonflement, au contraire, du testicule qui est l'effet du virus syphilitique, paraît très-ferme, mais il n'a pas, à beaucoup près, la dureté qui caractérise le squirrhe ; il n'y survient pas de douleurs lancinantes dans les périodes mêmes les plus avancées de la maladie ; la tumeur n'est jamais dure et remplie de nodosités ; sa surface reste lisse et égale. Enfin, le gonflement gagne rarement le cordon des vaisseaux spermatiques.

» J'ajouterai à la description que je viens de donner de la tumeur syphilitique, qu'elle abcède quelquefois dans ses périodes les plus avancées, et qu'elle fournit une matière purulente; mais quand le sarcocèle crève il n'en sort jamais qu'une sanie ténue, sanguinolente, comme il arrive d'ordinaire dans le cancer. Les ulcères qui succèdent à ces tumeurs, quand elles s'ouvrent, diffèrent autant entre eux par leurs apparences, que les tumeurs mêmes, dont ils tirent leur origine, diffèrent entre elles. Les bords du sarcocèle ulcéré sont durs, renversés, et offrent toutes les autres apparences qui s'observent communément dans le cancer ; les bords, au contraire, de l'ulcère produit par le gonflement vénérien du testicule, quoique durs, ne sont ni élevés ni renversés ; l'ulcère même est solide et couvert d'eschares, comme le sont toujours les ulcères vénériens, mais il n'a pas les apparences du cancer. Quand cette maladie est fort ancienne, il se forme quelquefois dans la tunique vaginale du testicule, des épanchements que l'on pourrait désigner sous le nom d'hydrocèles compliquées. Néanmoins ces épanchements s'observent aussi fréquemment dans toutes les tumeurs du testicule, du même volume et aussi anciennes ; ils succèdent même, dans quelques cas, à la hernie humorale, quoique moins souvent qu'aux tumeurs qui ont subsisté plus long-temps. L'on objectera peut-être que cette affection du testicule n'est ni rare, ni difficile à distinguer, et que les détails dans lesquels je suis entré sont superflus ; je les aurais en effet regardés comme tels, si l'on n'avait fortement insisté sur l'opinion contraire, dans quelques nouveaux écrits. Cette raison même ne m'aurait pas déterminé à m'arrêter aussi long-temps sur un objet peu important ; mais celui dont nous venons de nous occuper tient à un grand nombre de circonstances. Il est en quelque sorte lié à telle théorie que l'on adopte sur la nature du virus vénérien, et sur les moyens que l'on emploie pour en mettre la constitution à l'abri; il est en même temps évident que cet objet est très-important pour la pratique. » (*Traité de la gonorrhée virulente*, *etc.*, trad. de Bosquillon, t. II, p. 190.).

Il ne serait sans doute pas bien difficile de montrer, d'après ce qui précède, que Bell dans ce passage n'a fait autre chose qu'une description incomplète de

l'orchite blennorrhagique chronique ; que le diagnostic qu'il établit entre l'orchite blennorrhagique et le testicule vénérien n'est autre chose qu'une distinction puérile entre l'orchite aiguë et l'orchite chronique ; que celui qu'il établit entre le testicule vénérien et le cancer est tout à fait illusoire, etc. ; cela nous semble assez évident pour que nous n'y insistions pas davantage : il nous suffira d'avoir montré que cet auteur a donné à son point de vue une histoire fort détaillée du sarcocèle syphilitique. Mais croit-on que Bell soit le seul qui en ait parlé? Ce serait une grande erreur que de le croire. La plupart des auteurs n'ont point décrit, à la vérité, le testicule syphilitique tel que le conçoit Bell, mais ce n'est pas faute de connaître ce qu'on en avait dit ; c'est tout simplement parce qu'ils n'y croyaient pas. Ainsi Hunter dit que « son expérience personnelle ne lui a jamais offert un testicule atteint d'une maladie vénérienne (1), soit locale, soit constitutionnelle. » (Hunter, *Tr. Rich.*, p. 251, 6e livr.). Swediaur partage cette manière de voir : « Quelques auteurs, dit-il, parlent aussi d'un gonflement des testicules qui arrive quelquefois après la disparition ou le desséchement des ulcères syphilitiques du prépuce ou du gland. Je ne me rappelle pas avoir jamais observé aucun cas de cette espèce. » (Swediaur, *Traité complet des maladies vénériennes*, t. I, p. 125.)

Ainsi donc, avant Astley Cooper, les auteurs connaissaient le testicule syphilitique et cependant tous ne l'admettaient pas comme démontré. Il n'est pas supposable cependant qu'une maladie qu'on dit être aussi fréquente ait pu échapper à l'observation de praticiens aussi répandus que l'étaient Swediaur et Hunter. D'où provient cette dissidence? C'est que, comme le dit très-bien B. Bell, l'opinion que l'on se fait sur le testicule syphilitique est liée en quelque sorte à l'idée que l'on adopte sur la nature du virus vénérien, ceux qui ont cru à la nature syphilitique de la blennorrhagie, ont trouvé tout naturel que l'orchite chronique coïncidât dans quelques circonstances avec les accidents secondaires de la vérole, et qu'elle cédât aux mêmes moyens ; les autres, au contraire, embarrassés par de semblables faits, ou ne les comprenant pas, ont placé l'orchite chronique dans les accidents secondaires quand elle coïncidait avec d'autres symptômes généraux, et souvent dans les inflammations chroniques simples lorsqu'ils l'observaient seule, et qu'ils ne trouvaient pas d'antécédents chancreux. C'est là uniquement ce qu'a fait Astley Cooper, et ce que se sont empressés d'accepter un grand nombre de médecins, les uns par paresse d'esprit ou instinct d'imitation, les autres par leur ignorance forcée et plus ou moins complète du sujet. Astley Cooper a fait, sans le savoir, deux catégories de l'orchite chronique : une première composée des orchites qui ne s'accompagnent pas de symptômes constitutionnels, et une seconde composée de celles qui sont dans le cas contraire ; la première a servi à former une partie de son orchite simple, la seconde est devenue le testicule syphilitique, dit d'Astley Cooper, sans doute parce qu'il avait été inventé avant lui. Afin que le lecteur puisse juger lui-même de ce que nous venons d'avancer, nous allons rapporter tout ce qui, dans Astley Cooper, se rapporte au sujet en question.

« Il y a cependant des personnes qui croient que le testicule n'est pas susceptible de contracter une altération de nature syphilitique constitutionnelle, et qui sourient quand on propose l'emploi du mercure comme un moyen nécessaire à la guérison de cette maladie.

» Mais j'ai vu si souvent cet organe tuméfié pendant l'existence des symptômes constitutionnels de la syphilis, surtout coïncidemment avec des affections vénériennes de la peau et du périoste, douloureux la nuit, présentant aussi pendant la nuit, et bien que le décubitus dorsal dût être une cause de soulagement, un redoublement du gonflement et de la douleur, j'ai vu céder si facilement cette affection du testicule devant un traite-

(1) On sait que ce célèbre écrivain regardait l'orchite comme une affection liée sympathiquement à l'irritation de l'urètre et non comme une affection vénérienne.

ment mercuriel, et précisément en même temps que les symptômes vénériens disparaissaient, que je regarde comme une opinion déraisonnable celle qui met en doute la susceptibilité du testicule à être affecté par le virus vénérien.

» Le gonflement du testicule qui survient dans la blennorrhagie n'a rien de vénérien, et n'exige pas pour sa guérison l'action du mercure sur la constitution ; mais le virus de la blennorrhagie et celui de la syphilis diffèrent dans leur nature ainsi que dans leurs effets, et le gonflement du testicule dans le premier cas n'est que sympathique.

» Quand le virus vénérien détermine une maladie du testicule, il est probable qu'il y affecte l'élément fibreux : par exemple, la tunique albuginée ; de là il s'étend dans les prolongements fibreux intérieurs, mais non dans la partie tubuleuse. J'accorde que cette proposition est hypothétique, mais je suis porté à admettre l'opinion que je viens d'exposer en considérant la texture de cette membrane, qui est entièrement ressemblante au périoste par sa nature fibreuse, et en ayant égard à la promptitude avec laquelle se rétablit complétement l'état sain de l'organe ; mais je désire que l'on sache que je n'ai eu aucune occasion de disséquer des testicules affectés de cette maladie.

» *Symptômes*. Le testicule et l'épididyme acquièrent trois ou quatre fois le volume naturel ; la douleur n'est pas intense, mais elle s'exaspère dans la nuit. Quand un testicule est engorgé, l'autre est disposé à la maladie du premier ; et je pense que dans la majorité des cas, l'affection attaque en commun les deux glandes. L'inflammation dans ces cas va rarement jusqu'à la suppuration ; mais, quand celle-ci a lieu, elle s'accompagne de l'apparition d'une tumeur granuleuse semblable à celle qui s'observe dans l'abcès chronique.

» L'engorgement du testicule, comme résultat d'une infection syphilitique générale, se rencontre rarement quand il n'existe aucun autre symptôme vénérien constitutionnel, qu'un chancre de la gorge, mais cet engorgement accompagne fréquemment une éruption vénérienne de la peau ou l'inflammation du périoste. Le caractère qui distingue cette maladie de l'engorgement chronique simple du testicule, se déduit de ce qu'elle succède à des symptômes syphilitiques, de ce qu'elle coexiste fréquemment avec l'apparition des symptômes que j'ai mentionnés, et de ce qu'elle obéit à cette loi des affections syphilitiques, savoir : l'exacerbation nocturne. » (*Œuvres chirurgicales complètes*, par sir Astley Cooper, *trad.* de MM. Chassaignac et Richelot, p. 456.)

Ainsi, pour résumer A. Cooper en quelques mots, le testicule syphilitique est essentiellement caractérisé selon lui : 1° parce qu'il acquiert, ainsi que l'épididyme, trois ou quatre fois son volume normal ; 2° parce que, dans la majorité des cas, il affecte les deux glandes ; 3° parce qu'il succède à des symptômes syphilitiques (c'est-à-dire, pour l'auteur, exclusivement au chancre) ; 4° parce qu'il coïncide presque toujours avec des affections secondaires de la peau ou du périoste ; 5° parce qu'il présente des douleurs nocturnes ; 6° parce qu'il cède facilement au traitement mercuriel.

Voici maintenant les observations rapportées immédiatemement à l'appui de ces différentes propositions :

Obs. 1re (403e de l'ouvrage de Cooper). « Un individu avait une hydrocèle avec engorgement du testicule ; le chirurgien qui lui donnait des soins lui proposa l'amputation de cet organe. Ce chirurgien avait été conduit à lui conseiller l'amputation du testicule, parce qu'ayant vu, dans une tentative pour évacuer l'hydrocèle, qu'il avait enfoncé le trois-quarts dans le testicule, et qu'il n'était point sorti de liquide, il en avait conclu que la maladie consistait seulement dans un engorgement compacte et non liquide du testicule. Ayant été appelé près de ce malade, j'appris de lui qu'il avait à la surface du tibia un gonflement accompagné de douleurs nocturnes ; je le priai alors de se déshabiller, et, en examinant la peau, je découvris sur la poitrine et l'abdomen une éruption vénérienne. Je prescrivis un traitement mer-

curiel, et, pendant que l'éruption vénérienne s'effaçait, le gonflement de l'os diminuait, les douleurs nocturnes cessaient, et l'engorgement du testicule finit par disparaître. Alors l'hydrocèle put être traitée par l'injection, et le malade guérit parfaitement. Depuis cette époque, il s'est marié et a eu plusieurs enfants.

Obs. 2 (404e). » M. B., âgé de trente-deux ans, avait l'épididyme du côté droit considérablement tuméfié et excessivement dur; cet engorgement était accompagné de douleurs à la tête et dans les membres, s'exaspérant considérablement la nuit, de telle sorte qu'il ne pouvait dormir, et que, suivant ses expressions, il en devenait presque fou. Le même malade avait eu aussi un gonflement douloureux du tibia gauche et du coude.

» Quatre ans et demi auparavant, il avait eu un chancre, pour lequel il n'avait pris qu'une très-petite quantité de mercure, parce que la maladie ayant disparu rapidement, il avait cessé tout traitement. La santé ne fut en rien altérée pendant quelque temps, mais il se développa dans l'aine une tumeur qui ne tarda point à disparaître. Depuis ce temps, le malade ressentit des douleurs ostéocopes, qui ont présenté divers degrés d'intensité, suivant que le traitement était abandonné ou régulièrement suivi. Il y a un an que dure le gonflement de l'épididyme et du testicule; d'abord ces parties ont été très-douloureuses; elles le sont beaucoup moins maintenant.

Obs. 3 (405e). « Un individu, qui avait eu souvent à la gorge des ulcérations que je jugeai de nature vénérienne, vit survenir un gonflement indolent du testicule. L'organe avait pris une configuration piriforme, et, comme il était impossible de distinguer cette tumeur d'une hydrocèle, je fis pénétrer une lancette dans la tunique vaginale, mais il ne s'écoula que deux ou trois gouttes de sang. Je prescrivis le deuto-chlorure de mercure dissous dans la teinture de quinquina. L'emploi de ce médicament fut suivi d'une résolution prompte de l'engorgement du testicule.

Obs. 4 (406e). « Un homme vint me consulter, en novembre 1807, pour une maladie du testicule. Cet organe avait la dureté du marbre. Quatre ans auparavant, le sujet de cette observation avait eu une maladie vénérienne suivie, au bout de quelques semaines, de l'engorgement des testicules. Sous l'influence du mercure, cet engorgement disparut dans l'espace d'un mois. Quatre mois après, l'engorgement se renouvela et disparut de nouveau au bout de deux mois sous l'influence du même traitement. Deux ans après l'époque où avait été contractée la maladie vénérienne, le testicule se tuméfia de nouveau, et fut de nouveau guéri; dans le courant du printemps de 1806, il s'engorgea encore une fois. A l'époque où je l'observai (au mois de novembre), il présentait un volume considérable. Le traitement consista dans l'usage du mercure porté jusqu'à salivation prolongée pendant un temps considérable. Je n'ai pas retrouvé dans mes notes quelle avait été la terminaison de cette maladie.

Obs. 5 (407e). « A. B. eut, il y a trois ans, un chancre qui ne fut pas suivi de bubons; un an après, il eut une hydrocèle de la tunique vaginale du côté droit. Cette affection céda à l'usage du mercure et des lotions évaporantes. Sept ou huit mois après, il survint au testicule droit une tuméfaction qui a persisté, etc.

» Le testicule est extrêmement dur, l'épididyme est tuméfié, le scrotum est rouge, il y a des douleurs dans les reins et dans l'aine.

Obs. 6e (408e). « C. A. avait les deux testicules engorgés, sans rougeur du scrotum et sans beaucoup de douleur dans l'organe malade. Cet engorgement m'ayant paru être de nature syphilitique, je prescrivis l'usage abondant d'une décoction composée de salsepareille avec le deuto-chlorure de mercure. La guérison a été parfaite.

Obs. 7 (409e). « Un domestique contracta, il y a un an, un chancre et un bubon; depuis ce temps le testicule gauche avait commencé à se tuméfier, était devenu dur, et cet engorgement s'était accompagné d'hydrocèle. Le mercure a

été employé et le malade s'est parfaitement guéri.

Obs. 8 (410e). « Un individu âgé de trente-deux ans eut, il y a quatre ans, un bubon pour lequel il prit du mercure jusqu'à la cicatrisation de cette ulcération. Sa guérison parut complète. Quelques mois après il éprouva dans les membres et dans la tête des douleurs qui furent suivies de gonflement du tibia. Il fit usage du mercure à plusieurs reprises, en quantité suffisante pour dissiper les symptômes, mais non pour guérir la maladie. Il y a quatorze mois le testicule droit fut pris d'un gonflement qui augmenta d'une manière graduelle; ensuite le testicule gauche devint douloureux et conserva un état d'induration jusqu'au moment où le malade me consulta. Je lui prescrivis le calomel et l'opium en quantité suffisante pour affecter la bouche, et je lui recommandai de continuer pendant au moins six semaines l'usage de ce médicament; je lui prescrivis en outre le décubitus dorsal, des applications de sangsues et des lotions avec une solution d'acétate d'ammoniaque et l'esprit-de-vin. Sous l'influence de ce traitement, le testicule se guérit complétement; lorsque ce malade quitta Londres, après avoir cessé l'usage du mercure, la douleur de la jambe n'était pas encore entièrement dissipée. Depuis ce moment je n'en ai plus entendu parler. » (*L. c.*)

Nous avons à dessein rapporté toutes les observations que Cooper a consignées à la suite de son mémoire sur le testicule syphilitique, afin que le lecteur possédât parfaitement tous les éléments de la question.

Nous allons maintenant reproduire les commentaires dont M. de Castelnau a fait suivre ces observations dans son travail sur les engorgements syphilitiques des testicules.

D'après Astley Cooper :

« 1° Le testicule syphilitique reconnaît toujours des antécédents chancreux. Sur les huit observations que cet auteur rapporte on trouve le chancre noté *une fois* comme antécédent; une autre fois on note l'existence d'une maladie vénérienne, sans dire laquelle; dans aucun cas on ne s'informe s'il a existé une ou plusieurs blennorrhagies.

» 2° Astley Cooper parle du volume de la tumeur; dans les huit observations on trouve *une seule fois* que le volume était considérable.

» 3° Astley Cooper avoue que le testicule et l'épididyme sont trois ou quatre fois plus gros qu'à l'état normal, et dans les huit observations il est dit *une seule fois* que le testicule et l'épididyme étaient affectés, et *une autre fois* que la rougeur du scrotum se joignait à celle de ces deux organes.

» 4° *Presque toujours*, selon Astl. Cooper, le testicule syphilitique coïncide avec des affections de la peau et du périoste, et dans les huit observations *deux fois* seulement on note des gonflements du tibia, dont un concurremment avec une affection vénérienne de la peau.

» 5° Le testicule fait éprouver, d'après Astl. Cooper, des douleurs qui s'exaspèrent la nuit; et dans AUCUNE des huit observations ce symptôme n'est noté, il semble seulement n'avoir pas existé.

» 6° Selon Astl. Cooper, le virus syphilitique envahit, dans la majorité des cas, les deux tubercules à la fois; et dans les huit observations *une seule fois* la maladie a envahi à la fois les deux testicules, et *une autre fois* successivement.

» Voilà pour l'ensemble de ces observations, devant lesquelles certains chirurgiens tombent en admiration, et qu'ils ne se lassent pas de méditer. Si de cet ensemble nous voulions passer aux détails, nous rougirions véritablement de voir que de pareilles rapsodies scientifiques aient pu en imposer à des esprits sérieux. Quant à moi, appréciant ces vains simulacres d'observation à leur véritable valeur, j'ai dû chercher ailleurs des faits capables de fixer mes idées sur le testicule syphilitique, que je n'appellerai plus d'Astley Cooper, mais qu'on pourrait appeler *secondaire*, par opposition à l'orchite blennorrhagique chronique, qui est, dans l'immense majorité des cas, sinon toujours, un testicule syphilitique primitif; malheureusement mes recherches ont été vaines. Les partisans d'Astley Cooper se bornent à admirer ses observations ou à en faire de sembla-

bles ; ainsi un fait soi-disant très-important se présente, on l'annonce pompeusement dans une académie ; et quand on veut le disséquer au profit de la science, voici tout ce qu'on y trouve :

« En 1835, chancre induré, puis une » roséole syphilitique ; enfin des accidents tertiaires, tels qu'une exostose » au cubitus ; concurremment avec les » derniers, le testicule se tuméfia et ac- » quit bientôt le volume du poing. On » voit en le coupant par le milieu que, » consécutivement à l'épanchement de » lymphe plastique, il y a eu atrophie » du parenchyme de la glande » (*Gaz. méd.*, 21 janvier 1843). Et voilà comme on écrit la science ! Voilà tout ce que j'ai trouvé en fait de testicule syphilitique secondaire. Y a-t-il eu ou non des blennorrhagies antérieures ? Quels ont été le début, la marche, les symptômes de la maladie ? Silence complet sur tous ces points et sur bien d'autres non moins nécessaires. Je me trouve donc à peu près dans la position de Swediaur et de Hunter ; d'où je conclus que j'étais fondé dans mon dire, quand je disais de cette affection que son existence même était encore enveloppée de ténèbres. Le fait le moins douteux que je connaisse de testicule syphilitique, tel qu'on a le tort de le comprendre aujourd'hui en général, est celui que j'ai rapporté dans le numéro de janvier 1844 des *Annales des maladies de la peau*, et dans lequel le virus syphilitique semble avoir déterminé secondairement l'atrophie des deux testicules, sans que ces organes aient préalablement éprouvé de tuméfaction, sans qu'ils aient, par conséquent, formé une tumeur. Or, cette altération diffère considérablement de ce qu'Astley Cooper a décrit sous le nom de testicule syphilitique. Aussi crois-je me conformer à l'exacte vérité en concluant et en me résumant comme il suit : Le testicule syphilitique, tel que l'entendent Astley Cooper et la plupart des médecins d'aujourd'hui, est une maladie dont l'existence est encore à démontrer, dont l'histoire est entièrement à faire, et qui doit être très-rare, puisque des hommes d'une vaste pratique ont pu finir leur carrière sans la rencontrer. Les observations qu'on a données comme des exemples de cette maladie sont presque toutes des orchites blennorrhagiques chroniques, et celles qui ne peuvent pas être rapportées à cette dernière catégorie sont infiniment trop obscures pour qu'on puisse s'en faire une idée tant soit peu exacte.

» Je ne nie rien, mais je veux voir et bien voir avant de croire, et je conseille à chacun d'en faire autant.

» Je n'ignore certainement pas que lorsqu'on parle à certains médecins du testicule syphilitique d'Astl. Cooper, ces médecins disent en avoir vu par centaines et en posséder de nombreuses observations ; mais il faut réfléchir que ces médecins sont les mêmes qui trouvent admirables celles du chirurgien anglais ; ce qui veut dire que les leurs ne peuvent guère valoir mieux. » (*Loc. cit.*)

Il nous serait difficile, d'après toutes ces raisons, de nous prononcer pour ou contre l'existence du testicule syphilitique ; cette question ne peut évidemment être résolue que par de nouveaux faits. En attendant que ces faits se produisent plus complets et mieux observés que ceux d'Astl. Cooper, nous en allons rapporter deux que la plupart des chirurgiens auraient sans doute pris pour des testicules syphilitiques, et qui, d'après les remarques de M. de Castelnau, paraissent bien n'être que des orchites blennorrhagiques chroniques, ce qui est d'ailleurs une espèce de testicule syphilitique. Ces deux faits, dont le second surtout est de la plus grande importance, appartiennent à M. Vidal.

Obs. 9. « *Engorgement chronique du testicule, ayant des rapports avec la syphilis.*

» Le nommé C..., âgé de trente ans, serrurier, couché au n° 1 de la salle 9, a eu de nombreuses affections vénériennes. Voici son histoire : En 1835, blennorrhagie tombée dans les bourses, épididymite à gauche. Traitement par la compression, résolution ; mais il reste cependant en bas et en arrière une petite tumeur formée par l'épididyme, qui demeure engorgé. Sept à huit mois après, nouvelle gonorrhée avec balanite : injection

au nitrate d'argent, deux par jour et pendant huit jours; la blennorrhagie est arrêtée. Bains locaux, le malade peut enfin découvrir le gland, et voit alors un chancre rouge au frein du prépuce; puis un chancre induré se montre bientôt après sur le gland. Traitement mercuriel (soixante pilules de proto-iodure de mercure): quelques accidents du côté de la bouche et, pour ce motif, un peu d'irrégularité dans le traitement. En 1837, nouvelle gonorrhée; elle dure huit jours.

» Trois ou quatre jours après, nouveau gonflement du testicule gauche; nouvel emploi de la compression, mais elle est très-douloureuse et ne peut être supportée. Quinze sangsues sur le trajet du cordon, guérison. Quinze jours après cette orchite, avaient paru deux bubons inguinaux, peu volumineux et presque indolents, dont on obtint la résolution. En 1840, encore une gonorrhée: sangsues au périnée, injections avec le nitrate d'argent; grande diminution de l'écoulement, il n'est plus que séreux et peu abondant. Cubèbe. Ce malade, à peine guéri, se livre au coït, et l'écoulement reparaît, épais, verdâtre, avec douleurs vives pendant l'émission de l'urine et lors des érections. En même temps survint une affection syphilitique de l'anus, de nature consécutive, cubèbe pour la gonorrhée; traitement mercuriel (soixante pilules); un peu de stomatite, guérison. A l'affection syphilitique de l'anus succède une fistule: le malade la garde pendant quinze mois. En 1841, M. Vidal l'opère, et la guérison se fait promptement. La même année apparaissent de nombreuses ulcérations au cuir chevelu; le malade entre de nouveau dans le service de M. Vidal. Pansement simple, traitement mercuriel (soixante-cinq à soixante-huit pilules de Dupuytren); les ulcérations se cicatrisent très-lentement.

» Cinq à six mois après, le testicule gauche s'engorge peu à peu, et forme une tumeur du volume d'un gros œuf. Frictions d'onguent mercuriel, iodure de potassium à l'intérieur; la tumeur diminue un peu. Sept à huit mois après elle prend un nouvel accroissement, il y a épanchement séreux dans la tunique vaginale. Vers le milieu de décembre, M. Vidal fait une ponction qui donne issue à un verre de liquide. Celui-ci se reproduit bientôt et, vers le 15 janvier, on fait une nouvelle ponction, puis une injection iodée. Sous l'influence de cette irritation locale, il se produit, comme dans les hydrocèles simples, une inflammation vive de la tunique vaginale; mais lorsque ce gonflement produit artificiellement a cessé, l'on peut constater une diminution sensible dans le volume de la tumeur. Elle offre, le 5 février, les caractères suivants: le testicule et l'épididyme sont confondus dans une seule et même tumeur dure, non douloureuse, même sous une pression assez forte, donnant lieu à un poids incommode et à des tiraillements dans l'aine et dans la région lombaire correspondante; cette tumeur est maintenant de la grosseur d'un petit œuf; elle n'offre point d'irrégularités. Le cordon spermatique est à l'état sain. Cet homme éprouve, plus particulièrement la nuit que le jour, des douleurs vagues dans les os et surtout dans les membres inférieurs; elles s'arrêtent au tiers inférieur de la jambe, et sont plus vives au membre droit, depuis cet endroit jusqu'au genou, que partout ailleurs; il n'y a point d'exostose au tibia ni ailleurs.

» Ce malade a pris successivement six bouteilles d'iodure de potassium de 30 grammes chacune; au bout de huit jours de son emploi il en prenait quatre cuillerées par jour, c'est-à-dire quatre grammes. Il a fait dans les derniers temps des frictions avec parties égales de belladone et d'onguent napolitain (quatre grammes par paquet pour une friction), qui ont eu un bon résultat; elles ont favorisé certainement la résolution de l'engorgement, et ont contribué à faire cesser entièrement les quelques douleurs que ressentait le malade. Il est sorti de l'hôpital dans l'état le plus satisfaisant; il ne reste plus qu'une petite dureté à la queue de l'épididyme, qui n'est point de la grosseur d'un pois. (*Ann. de la chir. franç. et étrang.*, mai 1844.)

Remarques. Ce n'est pas assurément avec les seuls cas de cette espèce, que

l'on pourrait établir d'une manière positive et définitive l'histoire de l'orchite blennorrhagique, et la distinction entre cette orchite et ce que l'on entend avec Astley Cooper par testicule syphilitique. Cependant, malgré la complication des phénomènes morbides éprouvés par le malade, la connaissance de ce que nous avons dit précédemment touchant ces deux maladics, joint à la considération des orchites aiguës qui avaient eu lieu plusieurs fois, et qui indiquaient une disposition particulière aux récidives de cette affection, on jugera sans doute que l'on avait affaire ici beaucoup plutôt à une orchite blennorrhagique chronique qu'au testicule syphilitique, dit d'Ast. Cooper. On sait d'ailleurs que l'efficacité du mercure et de l'iodure de potassium ne forme en aucune façon un argument contre la manière de voir que nous énonçons ici. Nous croyons donc pouvoir franchir les limites de prudence dans lesquelles s'est renfermé M. Vidal, et donner à cette observation le titre d'orchite blennorrhagique chronique.

Obs. 10. « *Engorgement grave du testicule gauche. Ablation de cet organe par un chirurgien militaire, qui l'a caractérisé hydro-sarcocèle. — Engorgement analogue au côté droit, survenu après l'ablation du testicule gauche.*

» B..., âgé de vingt-neuf ans, armurier, couché au nº 24, salle 10, est entré à l'hôpital le 11 mars. — C'est un homme peu robuste, qui a l'apparence scrofuleuse. Il dit que dans l'enfance il n'a jamais été malade. Ses parents se portent bien et sont très-vigoureux. Cependant il porte à la face et au cou des cicatrices qui sont la suite d'ulcérations scrofuleuses. Il y a six ans, il eut une blennorrhagie qui coula pendant dix-huit mois. Elle ne fut jamais douloureuse et guérit sans traitement. Six mois après survinrent des ulcérations chancreuses au prépuce et au gland, fort long-temps après tout rapport sexuel. Le malade suivit un traitement mercuriel. Depuis, au côté droit, survint à la peau une éruption que le médecin ne regarda pas comme syphilitique, à ce que rapporte le malade. — Puis un engorgement dans l'aisselle gauche, sans écorchure ou plaie au membre supérieur correspondant, bubon, peut-être scrofuleux, traité par les maturatifs et l'incision. Le malade rapporte avoir eu dans la bouche une ulcération syphilitique que son médecin cicatrisa plusieurs fois avec le nitrate d'argent. Enfin, le testicule gauche s'engorgea (le malade était alors au service militaire). En quatre mois il acquiert un volume énorme : dur au début, il est de plus en plus mou ; des élancements de plus en plus fréquents parcourent la tumeur, ils se font ressentir jusque dans les reins. B... resta pendant quatre mois dans les hôpitaux militaires. Enfin on fit l'ablation de cette tumeur en avril 1841 ; au bout de six semaines la cicatrisation était complète. Cet homme reprit sa profession d'armurier. Deux ans après apparaît un nouvel engorgement au testicule droit.

Depuis le mois d'août 1843 cet engorgement acquiert assez vite le volume des deux poings. Il était dur, surtout à la partie inférieure ; il était le siége de douleurs intenses, lancinantes, qui ne laissaient point au malade un instant de repos. Son médecin fait appliquer successivement un très-grand nombre de sangsues sur la tumeur, puis il fait faire des frictions avec l'onguent mercuriel, et enfin appliquer un emplâtre de Vigo. Six semaines après il y avait beaucoup d'amélioration ; mais le malade mène une vie peu régulière, fait des excès (quoiqu'il soit privé d'un testicule et qu'il ait l'autre malade, le désir des rapports sexuels est chez lui très-vif). — Après ces excès, les douleurs reparurent, et plus fortes qu'auparavant. C'est alors qu'il prit la résolution de se confier aux soins du docteur Vidal. La tumeur est plus volumineuse que le poing, dure en arrière et sur les côtés, un peu molle en avant, où il y a une apparence de fluctuation dans l'étendue d'un pouce environ ; elle est ovoïde, à grosse extrémité supérieure, et ressemble assez bien pour la forme à une hydrocèle, mais elle est beaucoup plus pesante que cette dernière tumeur. Comme je l'ai dit, elle est le siége de douleurs lancinantes extrêmement vives. La dureté particulière de

cette tumeur, les douleurs caractéristiques, la circonstance de l'ablation déjà faite de l'autre testicule, tout prouve que c'est là un véritable sarcocèle ; c'est une tumeur squirrheuse ou encéphaloïde, qui devait avoir une terminaison funeste. Mais depuis l'entrée du malade dans le service de M. Vidal, il y a eu amélioration telle qu'on est à se demander si c'est réellement une tumeur maligne, et si les premiers chirurgiens ont bien opéré de l'autre côté une tumeur de nature cancéreuse. En effet, M. Vidal a soumis le malade, dès son entrée, à l'iodure de potassium. Il y en avait environ huit grammes d'administrés, que les douleurs avaient à peu près cessé. Maintenant la tumeur a diminué de moitié, et il n'y a plus de trace de douleur.

» La partie de la tumeur où antérieurement on sentait une fluctuation obscure ne s'est point agrandie ; mais l'existence d'un liquide semble toujours probable : c'est bien la sensation d'un liquide, mais d'un liquide un peu épais, comme serait la matière d'un ramollissement. 2 mai 1844. Le point endurci a diminué d'étendue ; la fluctuation est toujours plus apparente ; la totalité de la tumeur est moindre que la moitié du volume primitif. Le 19 mai, la tumeur a à peine le double du volume d'un testicule ordinaire. On suspend l'iodure de potassium. On fait faire des frictions sur la tumeur avec la pommade à l'iodure de plomb. (*Annales de la Chirurgie*, etc., mai 1844.)

Remarques. Voici les remarques dont M. Vidal accompagne ce fait du plus haut intérêt :

« Nous n'ignorons pas tous les mécomptes qu'on se prépare quand on fonde trop d'espérance sur une résolution commençante des tumeurs de nature cancéreuse ; mais, nous l'avons déjà dit, est-ce bien là une tumeur de cette nature ? Ce qui le ferait croire, c'est qu'elle est pour ainsi dire une récidive d'une autre tumeur de l'autre testicule dont on a fait l'ablation. Tout ce que nous pouvons assurer, c'est que bien souvent nous avons assisté à la résolution d'une atmosphère d'induration autour de certains squirrhes du sein, par exemple ; mais jamais nous n'avons vu la tumeur elle-même diminuer autant et si rapidement. »

» Eh bien ! ajoute M. de Castelnau, ce que M. Vidal n'exprime que d'une manière dubitative, j'ose l'affirmer très-positivement, et sans crainte que les événements viennent me donner un démenti. Non, cette tumeur n'est point de nature cancéreuse ; selon toutes les probabilités, elle est de nature syphilitique, et reconnaît pour cause une blennorrhagie antérieure. Voici sur quoi je fonde ma manière de voir : cette tumeur n'offrait pas les caractères anatomiques du cancer, car la partie postérieure et latérale de la tumeur, qui était la plus dure, comme aussi à beaucoup près la plus volumineuse, était très-probablement, pour ne pas dire certainement, formée par l'épididyme, tandis que la portion antérieure, celle qui donnait au doigt la sensation d'une fluctuation obscure, était le testicule dans cet état de ramollissement que j'ai spécialement mentionné dans l'histoire de l'orchite ; or, le cancer n'affecte nullement cette forme anatomique ; son premier effet est de confondre d'abord tous les tissus, et lorsque, dans la tumeur qui le constitue, il se trouve des points ramollis, ces points sont multiples, et il est bien rare qu'ils le soient au point de produire la fluctuation, sans que déjà la peau ait subi une altération ; 2° M. Vidal fait remarquer que s'il a bien souvent assisté à la résolution d'une atmosphère d'induration autour de certains squirrhes du sein, par exemple, il n'a jamais vu la tumeur elle-même diminuer autant et si rapidement. J'ajouterai à cette remarque judicieuse que je doute qu'on ait jamais observé dans une tumeur cancéreuse du testicule la diminution que M. Vidal mentionne dans les tumeurs du sein ; le sein est enveloppé d'une couche de tissu cellulaire lâche, qui peut s'engorger simplement autour d'un noyau cancéreux, et diminuer ensuite sous certaines influences ; mais rien de semblable n'a lieu dans le testicule ; quand un engorgement l'a envahi, il est fort à craindre que cet engorgement ne soit partout de même nature, et d'ailleurs je répète que l'expérience n'a jamais montré, que je sa-

che, dans cet organe, des résolutions comme celle dont il s'agit. Sans doute il pourrait paraître fort extrordinaire à ceux qui considèrent la blennorrhagie comme une simple inflammation locale, que cette inflammation ait pu déterminer une orchite plusieurs mois après qu'elle n'existait plus, et une récidive lorsque l'organe primitivement affecté fut enlevé; mais ceux qui professent des idées un peu plus saines, et M. Vidal est heureusement de ce nombre, ceux qui ne voient dans l'écoulement urétral que le résultat d'une infection générale de l'organisme, ceux-là comprendront les déplacements métastatiques sur lesquels j'ai déjà fortement attiré l'attention, et ne seront nullement surpris qu'un engorgement blennorrhagique puisse récidiver lorsqu'on en supprime un autre qui servait de centre d'action, et comme de quartier général au principe infectant.

» Les douleurs lancinantes, que paraîtrait avoir éprouvées le malade, ne signifient absolument rien ni pour ni contre l'existence de l'orchite ; il n'en serait pas de même de l'état scrofuleux du malade, si les caractères de la tumeur étaient équivoques ; mais ici ils me paraissent parfaitement caractérisés. » (*loco cit.*)

Il serait sans doute inutile de donner plus d'extension à la discussion sur le testicule syphilitique, car les auteurs qui ont écrit récemment sur les maladies du testicule, comme MM. Aug. Bérard, Curling et Velpeau, n'ont fait à très-peu de chose près, que reproduire les assertions d'Ast. Cooper sans y ajouter aucun fait important. Nous ne terminerons pas cependant sur ce sujet sans faire remarquer que les observations de Dupuytren, lequel eut tant d'occasions d'observer ces engorgements, et qui a un des premiers tant insisté sur les avantages du traitement antisyphilitique, sont contraires à l'opinion d'Astley Cooper. En effet, quand Dupuytren parle d'engorgements vénériens chroniques, il entend seulement parler d'engorgements qui ont eu un antécédent vénérien quelconque (chancre, blennorrhagie, etc.) et nullement d'engorgements qui seraient le résultat d'une affection syphilitique constitutionnelle. Les observations particulières ne font en effet mention d'aucun autre symptôme constitutionnel, ce qui n'empêchait pas de guérir par le traitement mercuriel; sous ce rapport elles sont d'ailleurs conformes à celles de Cooper : seulement le chirurgien français s'est borné à constater le fait clinique, tandis que le chirurgien anglais en a tiré de fausses conclusions. Nous pourrions rapporter ici toutes les observations de Dupuytren ; nous nous contenterons d'en prendre une au hasard, tant elles se ressemblent toutes sous le rapport dont il s'agit en ce moment.

Obs. 11. « *Engorgement syphilitique du testicule pris pour une affection cancéreuse. Ablation d'un testicule. Récidive. Traitement antivénérien. Guérison. Hydrocèle consécutive.*

» M. B..., de Nancy, âgé de trente-quatre ans, s'aperçut, il y a plusieurs années, que son testicule droit devenait douloureux. Dans sa jeunesse, il avait eu une affection vénérienne. M. le docteur B..., à qui il s'adressa, crut à un engorgement squirrheux, et adressa son malade à M. le professeur R... pour être opéré. Le testicule fut enlevé, et bientôt après M. B..., guéri, retourna dans son pays.

» Deux ans étaient à peine écoulés que l'autre testicule s'engorgea, devint douloureux. M. B... fut de nouveau appelé. Il pensa que l'affection cancéreuse s'était reportée sur l'autre organe; et, dans un cas aussi grave, il ne crut mieux pouvoir faire qu'en l'adressant au praticien qui l'avait si heureusement débarrassé une première fois. M. R... partagea l'opinion de la récidive, et proposa l'ablation de l'autre testicule.

» Marié et tout jeune, ce sacrifice parut trop pénible à notre malade. Il s'adressa d'abord à M. le professeur Cloquet, qui ne pensa pas comme son collègue, puis M. B... vint trouver le docteur Marx, qui, après avoir examiné avec soin le malade, pensa qu'une affection syphilitique ayant existé, l'engorgement pouvait participer de cette nature, et qu'avant tout un traitement antivénérien devait être employé. Le malade rassuré adopta ce parti. Au bout d'un mois de

traitement par les pilules avec un huitième de grain de sublimé, des frictions mercurielles sur le testicule, cet organe était revenu à son état normal. Plus de tuméfaction, plus de dureté, plus de douleurs, mais l'engorgement, en se dissipant, avait laissé dans la tunique vaginale une certaine quantité de liquide; en un mot, une hydrocèle s'était développée. M. le professeur Cloquet fut appelé pour constater la guérison de la maladie primitive, et pour reconnaître la maladie secondaire. L'hydrocèle fut traitée par injection; l'inflammation qui survint fut modérée, et ce malade, guéri, retourna reprendre son commerce à Nancy. » (Dupuytren, *Leçons de clinique chirurgicale*, t. IV, p. 227.)

La *Gazette des hôpitaux* vient de publier les leçons de M. Ricord sur ce sujet. Nous allons les mettre à profit en suivant l'ordre ordinaire de nos descriptions.

Causes du testicule syphilitique. Voici comment le chirurgien que nous venons de citer expose l'étiologie de cette affection. Il se pose d'abord la question de savoir si elle peut résulter d'un principe transmis héréditairement, et il y répond de la manière suivante :

« Jusqu'ici, nous devons le dire, tout ce que l'on a écrit sur le sujet que nous traitons, découle d'observations recueillies chez des adultes qui avaient eu la vérole par contagion, qui avaient eu des chancres. Mais le sarcocèle syphilitique constitue un accident tardif; c'est un accident tertiaire précoce, il est vrai, et pouvant se montrer quelques mois après l'infection générale, mais pouvant aussi se développer beaucoup plus tard, alors que d'autres accidents ont déjà existé. Si cela est admis, on conçoit que le sarcocèle puisse être la suite d'une syphilis héréditaire, et ne se développe qu'à l'époque de la puberté, au moment où les organes génitaux sont mis en action pour la première fois, où ils sortent de leur somnolence. La cause d'évolution de la maladie manque pendant l'enfance, existe au moment de l'adolescence. Rien n'avait paru pendant que le testicule était sans action, la maladie commence au moment où commence l'exercice de la fonction génératrice. Pour notre part, nous croyons bien qu'une foule de dégénérescences testiculaires qui sont jusqu'à présent restées sans explication, des atrophies du testicule, considérées comme congénitales, n'ont été que la conséquence d'un sarcocèle qui aura pu exister pendant les premiers temps de la vie; nous croyons qu'une foule de dégénérescences fibreuses, cartilagineuses, osseuses, que l'on trouve à chaque page indiquées et décrites dans les ouvrages de chirurgie, sans que soient indiqués leurs causes, leur mode d'évolution, nous croyons que ces dégénérescences ne sont autre chose que des conséquences de sarcocèle syphilitique, provenant lui-même d'une syphilis héréditaire. Nous sommes en mesure d'affirmer que des orchites chroniques, dont on ne peut souvent se rendre compte, ne sont fréquemment autre chose que des orchites syphilitiques, déterminées par une affection syphilitique constitutionnelle héréditaire; ce qui nous porte à embrasser cette opinion, c'est que, quoi qu'on ait fait, dans quelques cas, la tendance à l'atrophie est grande, lorsque l'on s'est borné à un traitement spécifique. Or, nous l'avons déjà dit, l'atrophie est une fréquente terminaison du sarcocèle syphilitique.

» Disons un mot des causes d'évolution du sarcocèle syphilitique. Les causes sont celles qui en dehors de la syphilis agissent sur le testicule; donc ce qui, en dehors de la syphilis, peut mettre la syphilis en jeu, peut devenir une cause de sarcocèle. Nous verrons plus loin que les causes les plus fréquentes, les plus puissantes de la manifestation du sarcocèle syphilitique, ce sont les causes blennorrhagiques. L'influence de la blennorrhagie sur l'épididyme, et par droit de voisinage de l'épididyme sur le testicule, est telle qu'une blennorrhagie pure et simple peut devenir l'occasion d'un sarcocèle syphilitique. C'est dans des cas de ce genre que l'on trouve une sorte de changement dans l'allure, la marche de la maladie. Ainsi, par exemple, au lieu de commencer par le testicule lui-même, elle envahit d'abord l'épididyme. Nous le répétons; souvent l'épididymite blennorrhagique peut devenir la cause occasionnelle, le coup de fouet, sous l'influence desquels

se reproduit le sarcocèle syphilitique. Nous sommes convaincu que ce n'est guère que dans les cas où des circonstances particulières ont agi sur l'épididyme ou sur le testicule que la maladie se développe ; une chute, une contusion sont autant de conditions d'évolution de l'affection. De même la continence trop prolongée, cause qui se rencontre assez rarement ; les excès vénériens ; quelquefois la diathèse tuberculeuse, cancéreuse, scrofuleuse, peut venir en aide à la diathèse syphilitique ; ce n'est pas tout, si nous admettons ces affections comme causes d'évolution, nous les admettons aussi comme pouvant constituer des complications. Nous avons trouvé des cas dans lesquels, très-manifestement, des dégénérescences tuberculeuses, carcinomateuses, avaient succédé à l'affection syphilitique du testicule.

» Le sarcocèle peut être influencé par toutes les maladies du testicule, et de cette possibilité résulte celle d'une foule d'affections diverses. On peut rencontrer des sujets chez lesquels le même testicule soit à différentes reprises le siége de toutes ces modifications. Nous avons eu dans nos salles un homme qui avait passé par toutes les phases de la vérole, et qui avait eu entre autres un sarcocèle syphilitique. Guéri de sa syphilis et de son sarcocèle syphilitique, il revint dans notre service six mois après sa sortie de l'hôpital portant une nouvelle tumeur en évolution dans les bourses. Cette tumeur était constituée par un encéphaloïde du testicule ; nous pratiquâmes l'ablation de l'organe, mais il y eut une récidive à laquelle le malade succomba. » (Ricord, *Gazette des hôpit.*, 1845.)

L'anatomie pathologique du sarcocèle syphilitique n'ayant guère été tirée que de l'examen des symptômes physiques, nous la décrirons en même temps que ces symptômes.

Symptômes et diagnostic du testicule syphilitique. « Le sarcocèle syphilitique, dit M. Ricord, a été l'objet de travaux sérieux, mais qui ne remontent pas à une époque très-éloignée, testicule syphilitique dans toute la force du terme. Astruc l'avait entrevu, mais bientôt il l'avait confondu avec l'orchite blennorrhagique. Bell l'a parfaitement connu. Au contraire, Hunter n'en a pas même fait mention. Pour en avoir une description tant soit peu satisfaisante, il a fallu arriver aux observations d'Astley Cooper, et plus tard de Dupuytren. Laissant l'historique de la question de côté, que nous croyons pour notre part avoir contribué aussi à élucider, entrons dans la description immédiatement.

» On a encore donné, avec assez de raison, le nom d'albuginite syphilitique au sarcocèle syphilitique ; car ce sont les tissus blancs qui se prennent d'abord. Le sarcocèle syphilitique, l'un des accidents les plus communs et les plus précoces de la période tertiaire de la vérole constitutionnelle, ordinairement n'affecte qu'un seul côté. Il n'est pas très-rare, cependant, de le voir envahir les deux testicules simultanément ou successivement. Il n'est presque jamais précédé de symptômes qui annoncent que le testicule va se prendre ; quelquefois néanmoins on rencontre, dans des cas rares, des douleurs lombaires, vives, térébrantes, nocturnes le plus souvent. Les malades accusent alors, sur la région des reins, un sentiment de pression douloureuse ; il leur semble, disent-ils, qu'on leur enfonce un instrument piquant dans les chairs. Ces douleurs ont présenté le caractère des douleurs syphilitiques chez quelques sujets, c'est-à-dire qu'elles ont été nocturnes ; mais les circonstances dans lesquelles on rencontre ces prodromes sont les plus rares. Le plus souvent les malades ignorent l'époque réelle à laquelle a commencé l'affection dont ils sont atteints, c'est le hasard qui l'a fait découvrir. Quelques individus éprouvent cependant dans le testicule un sentiment de gêne, de malaise, une douleur sourde qui appellent leur attention sur cette partie, avant que l'on puisse encore rien découvrir d'appréciable. » (Ricord, *Gaz. des hôpitaux*, t. VII, p. 502, 1845.)

« Une circonstance curieuse, ajoute le chirurgien dont nous analysons les leçons, c'est que souvent, une fois le mal confirmé, le testicule perd peu à peu son exquise sensibilité. Plus tard le poids de la tumeur peut causer des douleurs de

traction dans les aines et dans les lombes.

» Le plus ordinairement la scène commence par une altération matérielle dans l'organe qui devient malade, sans qu'il y ait eu aucune douleur lombaire ou testiculaire. Lorsque l'on suit le développement de la maladie, voici ce que l'on observe: On trouve sur un point du corps du testicule, car c'est par le corps du testicule lui-même que commence généralement l'affection, et ce n'est guère que sur le corps du testicule qu'elle sévit; on trouve, disons-nous, un ou plusieurs petits nodules d'induration; on sent, en touchant l'organe avec soin, un point qui résiste à la pression, qui n'a plus cette souplesse, cette rénitence normale qui sont conservées dans les autres parties de l'organe. A mesure que l'affection fait des progrès, les points résistants s'étendent peu à peu, de proche en proche; cette augmentation se fait, jusqu'à un certain point, à la manière de l'ossification des os du crâne. Chez beaucoup de malades, l'induration se fait par zones, par cercles. Insensiblement les indurations, de partielles qu'elles étaient, tendent à gagner en étendue et à se confondre, de telle façon que la totalité du testicule finit par se prendre. A mesure aussi que l'organe est envahi, il perd son élasticité, durcit; il se coagule. Il se passe ici la même chose que dans l'inflammation du testicule; la seule différence c'est qu'ici la coagulation se fait lentement, chroniquement. Tout cet ensemble de phénomènes apparaît sans aucun élément d'inflammation. Dans les cas de types réguliers, l'épididyme reste complétement en dehors de la scène, et pendant long-temps on le distingue très-bien du corps du testicule, qui va durcissant, soit en conservant toujours son volume normal, soit en s'hypertrophiant. » (*Gaz. des Hôp.*, t. VII, p. 503. 1845.)

Nous avons vu que, suivant M. Ricord, le sarcocèle syphilitique n'affecte le plus souvent qu'un seul côté. Quant au volume, ce chirurgien professe que dans la plupart des cas le testicule grossit, double ou triple de volume; mais que dans d'autres il conserve son volume normal et qu'il peut s'atrophier et même disparaître.

« Lorsque la tumeur prend du volume, elle grossit ordinairement d'une manière uniforme : ceci s'observe dans les cas où l'albuginite devient générale; l'organe conserve son aspect piriforme, à grosse extrémité inférieure, à sommet plus ou moins allongé, s'étendant dans la direction du cordon testiculaire. Le testicule syphilitique n'est pas bosselé, son hypertrophie est régulière; les inégalités que l'on constate au toucher sont cependant pourvues d'une certaine régularité; elles ne sont pas marronnées, mais disposées par zones et ne se mamelonnant jamais. Lorsque la tumeur a acquis un volume trois ou quatre fois plus grand que le volume normal du testicule, si vous l'examinez avec attention, vous ne trouverez plus l'épididyme; vous ne rencontrez plus qu'une tumeur uniforme. Pendant longtemps nous avions dû croire, nous aussi, que l'épididyme subissait la même altération que le corps de l'organe lui-même. L'anatomie pathologique nous a appris que l'épididyme était parfaitement sain, mais seulement aplati contre l'organe lui-même. Le testicule étant forcé par son augmentation de volume d'emprunter le tissu qui enveloppe l'épididyme, cette partie s'étale en feuillet aplati sur le corps du testicule, non-seulement l'épididyme reste sain, mais aussi le canal déférent. C'est encore là un signe de la plus haute importance pour le diagnostic; s'il survient une dégénérescence soit de l'épididyme, soit du cordon, on peut être sûr qu'il y a quelque complication. Les éléments du cordon restent donc parfaitement sains, et l'on peut arriver au maximum du développement de la tumeur, sans altération de l'épididyme et du canal déférent, sans aucune douleur, soit dans l'organe, soit dans le voisinage, que le testicule soit abandonné à lui-même ou qu'on exerce sur lui une légère pression. » (*Gazette des hôpitaux*, t. 7, p. 503, 1845).

La tumeur est dure, solide, sans rénitence; elle répond au toucher à la manière du tissu fibreux, cartilagineux, mais sans donner aucune sensation d'élasticité.

« Il y a des cas où la dégénérescence cartilagineuse, fibreuse, osseuse même, succède à l'hypertrophie testiculaire. Nous avons eu l'occasion de voir cette transformation du testicule en tissu osseux succédant au tissu cartilagineux. Tous les changements que je viens de vous signaler peuvent quelquefois s'opérer dans un point seulement limité du testicule, point dont l'étendue peut varier. Il est des sujets chez lesquels la moitié, les deux tiers du testicule échappent à la dégénérescence. Bien que nous sachions par une expérience positive et par une longue observation que la maladie commence toujours par le corps du testicule, nous devons cependant dire ici en passant que quelquefois, sous l'influence de la diathèse syphilitique seule, chez des sujets dégagés de toute affection urétrale, de toute complication, il nous a semblé que l'épididyme pouvait souffrir de la diathèse syphilitique, et qu'il pouvait se passer dans cette portion de l'organe un travail analogue à celui que nous avons décrit pour le testicule lui-même. » (Ricord, *Gazette des hôpit.*, novembre 1845.)

La peau conserve sa coloration, sa température et sa mobilité ; seulement, chez quelques malades, les veines sous-cutanées du scrotum sont un peu développées.

La sécrétion spermatique diminue progressivement, surtout lorsque les deux testicules sont pris en même temps. Les érections diminuent et finissent par disparaître complétement. La liqueur séminale perd d'abord ses animalcules, puis ses cristaux micacés, et devient aqueuse.

« La marche du sarcocèle syphilitique est lente, d'une lenteur essentielle, indolente; non-seulement elle peut durer plusieurs mois, mais même un, deux ou trois ans. Ce qu'il y a de remarquable c'est qu'à moins de complications dont la part est facile à faire on peut formuler cette loi générale, à laquelle ne se dérobe aucun cas. Jamais le sarcocèle syphilitique ne suppure; il n'a aucune tendance à la suppuration; jamais il ne dépasse non plus un certain volume. Lorsqu'il est parvenu à une certaine période, presque toujours la même, la sécrétion commence, il s'effectue un travail en sens inverse de celui que nous venons de décrire, soit sous l'influence d'une médication appropriée, soit, chez quelques malades, spontanément ; d'abord fort satisfaits de voir leur testicule reprendre peu à peu son volume normal, bientôt les malades s'effraient de voir l'organe diminuer de plus en plus ; puis enfin le testicule se fond véritablement et disparaît complétement. » (Voy. *Gazette des hôpitaux*, t. VII, p. 563, 1845.)

Dans les cas simples les symptômes précédemment exposés sont assez nets pour mener à un diagnostic positif, mais il y a des complications.

Complications du testicule syphilitique. Le sarcocèle syphilitique peut être compliqué de toutes les affections du testicule et des bourses : l'hydrocèle est la plus fréquente de ces complications. Les hernies, le varicocèle, l'épididymite blennorrhagique, aiguë ou chronique, l'orchite simple, les différentes dégénérescences squirrheuses, encéphaloïdes, cartilagineuses, osseuses, fibreuses, qui n'en sont qu'une conséquence, les kystes peuvent se rencontrer avec cette affection.

Le *pronostic du testicule syphilitique* varie comme la simplicité ou la complication de la maladie, son état récent ou son ancienneté. Simple et près du début, le mal ne résiste pas au traitement des accidents tertiaires. Dans des condition contraires, on court deux risques opposés : l'atrophie ou l'hypertrophie du testicule persistante.

Le *traitement du testicule syphilitique* consiste surtout dans l'administration du mercure et de sa préparation à l'intérieur et à l'extérieur, dans l'usage de l'iodure de potassium. Dans les leçons que nous venons d'analyser, M. Ricord, n'étant point encore arrivé au traitement, a seulement indiqué que c'était celui des accidents tertiaires.

Ainsi nous avons commencé par exposer d'une manière critique tous les éléments de la question du testicule vénérien, et nous avons terminé par une description générale, complément obligé de l'article.

ARTICLE VI.

Végétations charnues exubérantes à la suite de l'abcès du testicule.

Nous ne plaçons à la suite de l'inflammation du testicule ce que Ast. Cooper a décrit sous le nom de végétations charnues, que pour ne pas encourir le reproche d'être incomplet. Mais ces végétations ne sont que la suite ordinaire de la suppuration lorsque celle-ci languit ou qu'elle a lieu dans certaines constitutions particulières, spécialement chez les tuberculeux, et leur traitement ne diffère pas de celui que l'on conseille dans toutes les plaies qui se trouvent dans les mêmes conditions. Nous allons néanmoins rapporter le court paragraphe que Cooper leur a consacré.

« Quand l'abcès est suivi d'une large et exubérante végétation de bourgeons charnus, ceux-ci, par suite du grand développement qu'ils acquièrent, s'opposent à ce que la peau puisse se cicatriser au-dessus d'eux ; et, alors même que l'état général est amélioré, cet obstacle local à la cicatrisation persiste toujours, aussi devient-il nécessaire de ramener la surface de ces bourgeons charnus au niveau de la peau. Pour obtenir ce résultat, on a recours à la compression au moyen de charpie sèche et d'emplâtres agglutinatifs appliqués autour du scrotum, ce qui nécessairement réprime l'exubérance des granulations et diminue graduellement leur volume. Dans des cas où la compression n'avait pas réussi, j'ai vu le sulfate de cuivre pulvérisé, dont on saupoudrait chaque jour la surface malade, faire disparaître le boursouflement des granulations. L'alun pulvérisé est aussi d'un emploi fructueux ; il a en effet pour résultat de crisper les vaisseaux de la surface et de diminuer ainsi graduellement leur formation nouvelle.

» Le nitrate d'argent appliqué en poudre de la même manière, réussit quelquefois à détruire cette hypersarcose. J'ai vu l'arsenic appliqué en poudre sur une surface étendue de cette espèce de tumeur, entraîner la mort par son action sur l'estomac et le système nerveux, et je ne puis négliger cette occasion de faire observer que c'est un topique très-dangereux sur les surfaces bourgeonnantes qui jouissent souvent d'une grande puissance d'absorption. J'ai observé un cas dans lequel ce médicament, appliqué en solution pour une maladie fongueuse de l'œil, fit périr la malade après avoir déterminé l'inflammation de l'estomac. Dans les hypersarcoses de la nature de celle qui nous occupe, j'ai vu plusieurs fois réussir le mode de traitement suivant : on pratique à la peau une incision elliptique, cernant la masse des granulations, puis le bistouri est porté sous la masse charnue jusqu'à la tunique albuginée. En agissant ainsi, la portion malade est excisée sans lésion de l'épididyme et du testicule ; on rapproche alors au-dessus de la nouvelle surface les bords de la peau, dont on cherche à déterminer la réunion par première intention. Si l'adhésion des bords de la plaie ne se fait pas d'une manière complète, on parvient, au moyen des agglutinatifs, de la compression et de la coaptation des téguments au-dessus de la tunique albuginée, à prévenir une nouvelle exubérance des bourgeons. Il est inutile d'ajouter que cette opération doit être précédée par un traitement interne approprié à l'état du malade. » (*Loc. cit.*)

Nous placerons également à la suite de l'inflammation, faute de lui pouvoir trouver une meilleure place, ce que M. Velpeau a décrit, d'après Lawrence, sous le nom de fongosités du testicule, lesquelles ne sont peut-être que des végétations syphilitiques se développant sur la tunique, au lieu de se développer sur le scrotum comme cela arrive ordinairement. Quant à la *maladie fongoïde du testicule* que décrit Astley Cooper, nous n'en parlerons pas ici, parce qu'il nous paraît assez évident que ce n'est là qu'une période et une forme du cancer encéphaloïde.

Voici le passage de M. Velpeau sur les fongosités :

« On a observé un certain nombre de fois, à la surface du testicule, des tumeurs encore mal définies, et que M. Lawrence a décrites le premier sous le nom de *fongus testiculaires.* Ces tumeurs, qui ressemblent à une sorte de champignon,

d'un rouge grisâtre ou violacé, à surfaces sanieuses, restent attachées soit à l'extérieur, soit à l'intérieur de la tunique albuginée, par une sorte de pédicule en général fort large. Dans quelques cas elles ont paru se continuer avec la pulpe séminale elle-même ; d'autres fois, elles naissaient évidemment du tissu fibreux seul : il ne paraît pas qu'elles soient susceptibles de dégénérescences malignes ; aucun des malades qui en ont été affectés n'a succombé aux progrès de ce genre de tumeur ; quand on les enlève, elles ne récidivent point. Les exemples que j'en possède me portent à croire que ce sont des tumeurs de nature diverse ; que, dans certains cas, elles ont trouvé leur point de départ dans un grumeau de sang épanché ou de lymphe concrescible ; qu'elles ne sont alors que des tumeurs hématiques ou fibrineuses ulcérées, dégénérées. Chez d'autres malades, ces fongus étaient manifestement le produit d'une masse tuberculeuse, organisée, transformée, puis renflée au dehors des enveloppes du scrotum. Quoi qu'il en soit, je pense qu'on a eu raison de ne plus les confondre avec les tumeurs cancéreuses, et qu'en attendant mieux on peut sans inconvénient leur conserver le nom de fongus testiculaires. Comme il n'y en a ordinairement qu'une, et qu'elle n'envahit jamais la totalité du testicule, il n'est pas nécessaire de pratiquer la castration pour en débarrasser les malades, il suffit d'exciser la tumeur, comme on excise un polype, pour en obtenir la guérison. Les caustiques pourraient en triompher également, mais leur action est trop lente, trop inégale en pareil cas pour qu'on doive les préférer à l'instrument tranchant. Après l'opération, la plaie se comporte comme les plaies simples, qu'on cicatrise par seconde intention, et n'exige aucun soin particulier. » (Velpeau, *Dict. cit.*, t. XXIX, p. 488.)

ARTICLE VII.

Atrophie des testicules.

Cette maladie n'a, jusqu'à présent, attiré l'attention que d'un très-petit nombre de pathologistes, lesquels se sont d'ailleurs presque toujours bornés à la signaler. Curling est le seul des auteurs récents qui s'en occupe d'une manière spéciale, en consacrant un chapitre entier à la décrire. Mais Hunter avait déjà abordé ce sujet, sur lequel il avait jeté quelques-unes de ces grandes vues qui lui étaient familières :

« Les testicules, dit-il, sont plus sujets aux maladies spontanées que toutes les autres parties du corps ; mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est la destruction de ces organes. Un testicule ou les deux peuvent disparaître entièrement, comme chez l'enfant le thymus ou la membrane pupillaire, etc. On n'observe rien de semblable dans aucune des parties du corps qui sont essentielles à son économie, excepté pour celles qui ne sont plus d'aucun usage et qui pourraient être nuisibles, comme la membrane pupillaire. Mais ce changement dans les testicules ne se présente point comme la conséquence d'une propriété qui leur aurait été imprimée primitivement, ainsi que cela a lieu pour le thymus, et qui produirait son effet à l'âge où ces organes sont devenus inutiles ; il peut s'effectuer à tout âge. La disposition est dans les testicules eux-mêmes, indépendamment de toute connexion avec l'économie animale. Un bras ou une jambe peut perdre son action et s'atrophier en partie, mais jamais complétement. » (Hunter, *Traité de la syphilis*, trad. Chassaignac et Richelot.)

L'atrophie des testicules peut être le résultat d'un défaut de développement, et être par conséquent alors congénitale, ou bien la suite d'une maladie, et arriver, dans ce cas, à des époques très-diverses de la vie.

« J'ai vu, dit M. Lallemand, un homme d'environ trente ans, extrêmement gros, sans barbe, sans poils au pubis, dont la verge et les testicules paraissaient appartenir à un enfant de sept à huit ans ; aussi n'avait-il jamais éprouvé d'érections ni désirs vénériens. Cet exemple peut être regardé comme le type de l'impuissance *congénitale*. » (Lallemand, *loc. cit.*)

Le plus souvent ces cas d'atrophie congénitale coïncident avec des affections des centres nerveux, dont elles ne sont très-probablement que des conséquences,

comme dans le cas suivant, rapporté par M. Curling :

Obs. 1re. « Un idiot, âgé de dix-neuf ans, sujet à des attaques épileptiques, mourut de fièvre typhoïde dans la maison d'asile de Hackney-Union. Comme les circonstances de ce cas étaient curieuses, M. Hovell de Clapton eut l'obligeance de m'en informer et m'engagea à assister à l'examen du corps. Le jeune homme était de petite stature, et les formes du corps n'indiquaient point le sexe auquel il appartenait ; elles étaient plutôt arrondies, comme chez les femmes. Il n'y avait aucune trace de poils sur la face ni sur le pubis. L'abdomen et les autres parties étaient couverts d'une épaisse couche de graisse. Le pénis et le scrotum étaient remarquablement exigus, et pas plus développés qu'ils ne le sont ordinairement chez un enfant de deux ou trois ans. Les deux testicules étaient dans le scrotum ; le droit pesait moins d'une drachme, et le gauche pas plus de vingt-trois grains. Le crémaster était dessiné sur le cordon testiculaire des deux côtés. Le testicule du côté droit était descendu un peu en dessous de l'anneau abdominal. Les vaisseaux du cordon étaient très-petits. La structure glandulaire et les deux épididymes étaient très-peu distincts, et le canal déférent très-mince. On n'observa rien de remarquable dans la structure du cerveau. Les vésicules séminales ne furent malheureusement pas examinées. » (Curling, *On the diseases of the testicles*, p. 96.)

A la suite de cette observation, M. Curling fait mention d'un autre cas d'atrophie, qui lui fut aussi montré par M. Hovell, et qui avait également lieu sur un pensionnaire de l'asile de Hackney-Union. On peut rapprocher des cas précédents ceux dans lesquels l'atrophie est manifeste à la suite de lésions cérébrales, soit traumatiques, soit spontanées, et qui entraînent une paralysie plus ou moins étendue ; un cas de ce genre, observé par M. Roux, se trouve rapporté dans le Traité des plaies d'armes à feu de M. Jobert (page 252). Beaucoup d'autres auteurs en ont observé de semblables.

Mais, de toutes les causes qui peuvent produire l'atrophie des testicules, les plus nombreuses sont les maladies du testicule lui-même, et parmi elles, l'inflammation. En voici deux exemples des plus remarquables rapportés par Hunter, qui en a consigné plusieurs autres dans son ouvrage :

Obs. 2. « Un jeune homme d'environ dix-huit ans, qui n'avait jamais eu de maladie vénérienne, a perdu ses deux testicules de la manière suivante : le 6 février 1776, après avoir patiné pendant quelques heures, sans avoir à sa connaissance reçu aucune lésion, il éprouva une violente douleur dans le testicule gauche, qui s'enflamma et qui, en peu de jours, acquit un volume considérable. Un chirurgien, qui fut appelé auprès du malade, employa les moyens de traitement ordinaire usités en pareil cas. L'inflammation et le gonflement se dissipèrent graduellement dans l'espace d'environ six semaines, et il ne resta plus qu'un peu d'induration. On appliqua alors un emplâtre mercuriel, qui fut abandonné après avoir été porté pendant quelque temps. Depuis cette époque le testicule a continué à décroître graduellement, et maintenant il n'est pas plus gros qu'une fève de marais ; le corps du testicule est entièrement détruit, et ce qui reste paraît n'être autre chose qu'une partie de l'épididyme. Cette portion n'est le siége d'aucune douleur, à moins qu'on ne la comprime ; elle est très-dure et inégale à sa surface. Le cordon spermatique n'est pas le moins du monde altéré. Le 20 octobre 1777, le malade fut pris des mêmes symptômes dans le testicule droit, sans cause appréciable, et je fus appelé à lui donner des soins. Il fut saigné immédiatement, prit une mixture laxative, puis une mixture saline avec le tartre stibié ; on fit des fomentations et des embrocations sur le testicule avec l'esprit de Mindererus et l'alcool. Le 27, on appliqua un cataplasme de farine de graine de lin arrosé d'eau végéto-minérale. Ce traitement fut continué jusque vers le milieu du mois de novembre. L'inflammation se dissipa et le testicule parut être dans son état naturel. Le 19 décembre on m'appela de nouveau. Le testicule paraissait s'indurer et diminuer de volume de la même manière que l'autre, ce qui affec-

tait vivement le malade. Je prescrivis quelques pilules de calomel et d'émétique, dans l'espoir d'accroître la sécrétion des glandes en général et de déterminer quelque modification dans le testicule. Ce traitement parut d'abord produire un bon effet, mais il ne tarda pas à devenir inefficace, et le testicule commença à s'atrophier comme avait fait l'autre.

» Je fus appelé en consultation avec Pott, mais nous ne trouvâmes rien qui pût offrir quelques chances de succès. Je conseillai au malade de faire fonctionner l'organe autant que ses penchants naturels pourraient l'y porter, mais tout fut sans résultat, plus aucun vestige.

Obs. 3. « Un jeune homme de seize ans, fut pris subitement d'un froid intense, accompagné d'un tremblement et de frissons qui se reproduisirent à plusieurs reprises. Pendant cet accès, qui dura trois heures, le pouls était petit et serré, et si fréquent qu'il était très-difficile de compter les battements de l'artère. A cette période de froid succéda une chaleur très-vive avec pouls fort, dur et plein, ce qui engagea à pratiquer une saignée abondante. Immédiatement après on donna au malade un purgatif salin, puis un lavement pour en hâter l'effet. Le soir, la saignée fut répétée. Pendant toute la journée le malade accusa une douleur atroce qui avait son siége dans la région lombaire et dans la partie latérale de l'abdomen, et qui descendait jusque dans le scrotum. A l'examen des parties douloureuses je reconnus des traces d inflammation dans l'aine du côté gauche, une grande tension au niveau de l'anneau inguinal et une augmentation du volume du testicule gauche. J'ordonnai de faire sur ces parties des fomentations avec des compresses fortement imprégnées de sel ammoniac cru et de les bassiner avec de l'esprit de Mindererus et de l'esprit volatil aromatique avant chaque fomentation. Je prescrivis en outre six grains de poudre antimoniale, avec quinze grains de nitre à prendre toutes les trois heures. La nourriture se composa de gruau léger, de fruits et de sucs de citron; la boisson fut de l'orge sucrée et nitrée. Malgré ce traitement antiphlogistique, dans la composition duquel entrèrent en outre les purgatifs fréquemment répétés, les anodins, trois vomitifs et treize saignées, la fièvre continua, et la douleur ainsi que l'inflammation et le gonflement augmentèrent jusqu'au huitième jour, y compris le jour du frisson. N'espérant plus résoudre la tumeur, et le testicule étant presque aussi gros que la tête d'un enfant, j'essayai d'amener la suppuration au moyen de fomentations émollientes et des cataplasmes maturatifs.

» Le 10, on sentit de la fluctuation.

» Le 12, la fluctuation était encore plus évidente et le scrotum avait une coloration livide. J'employai tous les arguments possibles pour décider le malade à se laisser ouvrir l'abcès; mais, comme il ne souffrait plus, il ne voulut pas y consentir.

» Le 15, il fut pris de nouveau de frissons suivis d'une chaleur fébrile très-intense, qui se termina promptement par une sueur abondante; cependant cet accès ne fut accompagné d'aucune douleur. Dans la soirée, la tumeur formait une saillie telle que je pensai qu'elle s'ouvrirait spontanément avant le matinée du lendemain, et j'espérais qu'alors le malade me permettrait de dilater la plaie. Mais l'ouverture spontanée ne s'étant point faite, et tous les efforts que je fis pour démontrer la nécessité d'une incision étant restés sans succès, je me bornai à prescrire du quinquina et de l'élixir de vitriol. A partir de cette époque, après chaque accès de fièvre, on remarqua que le testicule perdait de son volume. N'ayant pas la permission de faire une incision et le malade conservant ses forces et son appétit, je commençai à espérer de réussir sans cette opération, et je prescrivis au malade de persévérer dans l'emploi des médicaments toniques et antiseptiques, et de maintenir appliquées constamment des compresses imbibées de décoction de quinquina. Sous l'influence de ces moyens le pus se trouva entièrement absorbé un mois après le premier frisson. Le testicule avait alors le volume d'un œuf de poule, et présentait la dureté du squirrhe. Je prescrivis, matin et soir, des

frictions avec l'onguent mercuriel et le liniment volatil camphré à parties égales, et je fis prendre à l'intérieur quelques mercuriaux, à titre d'altérants, avec la décoction de quinquina. Pendant l'emploi de ces moyens les sueurs nocturnes et tous les autres symptômes pénibles se dissipèrent graduellement. Le malade acquit promptement de la force, de l'embonpoint et de la gaieté, et le testicule malade diminua lentement, mais d'une manière constante pendant près d'une année. Au bout de ce temps il n'en restait plus d'autre trace qu'un amas confus de fibres lâches qu'on sentait facilement dans la partie supérieure du scrotum.

» Le malade m'a permis de l'examiner il y a un mois. Il n'y avait pas le moindre vestige de testicule; je ne pus reconnaître la tunique vaginale dans l'aine de ce côté; mais, sur l'os pubis et un peu au-dessous de lui, je pus saisir le cordon spermatique entre les doigts et le pouce, et distinguer les vaisseaux qui le composent et qui n'offraient pas la moindre induration; lorsque je comprimais un de ces vaisseaux je déterminais une douleur momentanée, mais très-vive. La santé de cet homme est parfaite, sa constitution est robuste; il a de beaux enfants qui se portent très-bien. Le seul changement qu'il ait remarqué dans sa constitution, c'est une tendance à engraisser, que ni la sobriété, ni l'exercice violent qu'il prend à cheval chaque jour, ni enfin le soin avec lequel il évite le repos, ne peuvent faire cesser. « (Hunter, *loco cit.*)

Enfin plusieurs autres causes, telles que la masturbation, l'usage de préparations iodées, du mercure, la compression par des tumeurs voisines ou autrement, la syphilis, etc., ont été mentionnées par les auteurs et en particulier par Curling. Il s'en faut que toutes aient une influence bien incontestable : les plus évidentes sont la compression et la syphilis. La première cause est manifeste dans tous les épanchements des bourses, dans lesquels on trouve le testicule atrophié pour peu qu'ils soient considérables; la seconde semble également positive dans le fait suivant, intéressant à bien d'autres égards.

Obs. 4. « *Plusieurs infections syphilitiques primitives. — Fièvre intermittente grave pendant six mois. — Symptômes graves de vérole confirmée. — Atrophie des organes génitaux. — Transformation de l'habitude extérieure de l'individu.*

» Pr... (Charles), âgé de trente-trois ans, sans profession, est entré à l'hôpital du Midi, salle 10, n° 6, le 11 septembre 1843, service de M. Vidal.

» Jusqu'à l'âge de dix-neuf ans, cet homme a toujours joui de la plus florissante santé; il n'avait alors jamais eu d'autre maladie qu'une gale à l'âge de neuf ans, laquelle fut guérie promptement à l'hôpital Saint-Louis. A l'âge de dix-neuf ans, étant alors employé comme garçon de pharmacie à l'hôpital des Vénériens, il contracta deux chancres sur le gland, dont le plus large pouvait avoir environ un centimètre d'étendue; il entra alors dans le service de M. Cullerier et y resta huit semaines; il prit pendant ce temps environ soixante pilules de proto-iodure de mercure et fit vingt à vingt-cinq frictions mercurielles sur la partie interne des cuisses; il n'éprouva pas de salivation; seulement quinze jours environ avant sa sortie, ses gencives devinrent un peu rouges et guérirent presque aussitôt. Quand il sortit les chancres étaient cicatrisés, mais il restait un peu de rougeur à la place qu'ils avaient occupée, et M. Cullerier lui conseilla de tenir pendant quinze jours encore de la charpie entre le prépuce et le gland. Il rentra alors dans le service de la pharmacie. Au bout de cinq mois environ (mai 1830) il fut appelé au service militaire et fut enrôlé dans le 51e régiment de ligne, alors en garnison à Paris.

» Deux mois après son arrivée au service il contracta une blennorrhagie urétrale sans ulcérations, laquelle fut assez douloureuse pendant une quinzaine de jours, et s'accompagna d'un certain degré de courbure de la verge pendant l'érection, courbure qu'un de ses camarades traita en appliquant un coup de poing sur le dos de la verge pendant que l'urètre reposait sur un plan horizontal; il s'écoula environ deux verres de sang à

la suite de cette manœuvre, et le malade se trouva assez soulagé. Il fut traité en outre pendant deux mois au Val-de-Grâce par des bains de siége, du copahu et enfin des injections avec le sulfate de zinc; il prit aussi plusieurs purgatifs. Lorsqu'il sortit, l'écoulement était entièrement arrêté; il n'y eut aucune douleur aux testicules, aux articulations, ni dans aucun autre organe que l'urètre.

» Au mois de mars 1832, le régiment dont il faisait partie reçut l'ordre de quitter Paris pour se rendre à Grenoble; en passant à Melun notre malade eut des rapports avec une femme publique; quatre jours après, en continuant sa route, il s'aperçut de petites ulcérations qui siégeaient sur le prépuce et la couronne du gland; il les traita avec des bains locaux d'urine additionnée d'extrait de Saturne et avec du cérat mercuriel; trois jours après tout était cicatrisé. Il était alors à Châlons. Pendant la route de Châlons à Lyon il commença à éprouver des douleurs dans l'aine droite, où bientôt se manifesta une tumeur; les douleurs et la tumeur allèrent en augmentant au point qu'arrivé à une étape au delà de Lyon, il ne put continuer sa marche et fut obligé de se faire donner la voiture pour aller jusqu'à Grenoble. Arrivé dans cette ville, il entra dans l'hôpital militaire, où il fut soumis, quatre jours après son entrée, à un traitement composé de liqueur de Van-Swieten (une, puis quatre cuillerées dans du lait), de frictions sur les bras (une par jour, tantôt sur l'un, tantôt sur l'autre bras), et de tisane de Feltz (un litre par jour). Au bout d'une quinzaine de jours le bubon fut ouvert et il s'en écoula beaucoup de matière. Vers le cinquantième jour le bubon était cicatrisé et bien affaissé; le malade se trouvait bien et se disposait à quitter l'hôpital, lorsqu'une inflammation des plus violentes éclata dans la bouche : les gencives et la langue étaient douloureuses, rouges et tellement tuméfiées que la cavité de la bouche était presqu'entièrement effacée; toutes les dents étaient ébranlées; une salive abondante s'écoulait incessamment. Tout traitement fut alors suspendu; on prescrivit des gargarismes acides et des lavements. Cet état fâcheux dura pendant quinze jours, après quoi il commença à s'améliorer; mais dans l'intervalle le malade avait perdu quatre molaires de la mâchoire supérieure, deux de chaque côté; ce ne fut qu'après trois semaines qu'il put prendre un peu de soupe, et seulement après plus d'un mois manger du pain. Il quitta l'hôpital après trois mois de séjour, ayant les jambes encore faibles et le teint très-pâle. Sorti de l'hôpital, il se remit peu à peu et recouvra toute sa vigueur primitive en quelques mois. Environ un an plus tard, en novembre 1832, se trouvant en garnison à Besançon, il lui survint des ulcérations à la gorge, pour lesquelles il subit un traitement composé d'une quarantaine de pilules de proto-iodure de mercure; on lui toucha la gorge une à deux fois par jour avec un pinceau trempé dans une liqueur caustique; on lui donna des gargarismes d'une saveur très-désagréable, et en six semaines il fut entièrement guéri.

» Vers le milieu de 1833 il quitta le régiment pour être enrôlé dans les compagnies d'ouvriers d'administration, et se rendit à Toulon pour s'embarquer; mais pendant qu'il attendait l'organisation complète de ces compagnies des excroissances de chair lui poussèrent à l'anus; il entra à l'hôpital de Toulon, où on lui coupa ces excroissances et où il fût mis pendant un mois à la tisane de gentiane.

» Quelque temps après sa sortie de l'hôpital de Toulon, il s'embarqua pour Alger, où il fit, pendant six mois à peu près, régulièrement son service sans éprouver de souffrances, seulement quelques jours après son débarquement il se manifesta quelques petites ulcérations autour de la base du gland, et quelques croûtes à la tête, particulièrement à la racine des cheveux. Il croit que ces accidents se développèrent quelques jours après avoir eu des rapports sexuels. Il entra à l'hôpital du Dey, où on lui fit des frictions sur la tête avec une pommade qu'il croît être de l'onguent mercuriel, et sortit guéri au bout de quinze jours ou trois semaines.

» Vers le milieu de l'année 1834 il fut

pris d'une fièvre intermittente tierce qui, malgré l'emploi du sulfate de quinine et d'autres moyens inconnus, dura six mois et s'accompagna à la fin d'un œdème général et d'une grande faiblesse. Sa convalescence se prolongeant beaucoup, on lui donna un congé d'un an pour aller rétablir sa santé à Paris, où il arriva vers le mois d'avril 1835. Il avait été traité à l'hôpital du Dey par M. Monnard.

» La route fut assez favorable et il avait assez de force à son arrivée à Paris; il resta pendant un mois à se promener et allait de mieux en mieux lorsqu'une éruption de gros boutons qui suppuraient, se desséchaient et s'en allaient ensuite en petites écailles, se manifesta dans toutes les parties de la peau, mais principalement aux cuisses, aux reins et au cuir chevelu. On le reçut à l'hôpital du Gros-Caillou; il y fut traité pendant près de deux mois; on lui donna des bains sulfureux de deux jours l'un, du sirop et de la tisane de gentiane, la demi-portion d'aliments, et on lui pansa les pustules avec une pommade brune dont il ignore la composition. Au bout de six semaines les pustules disparurent, mais il resta long-temps sur la peau des taches jaunes à la place qu'elles avaient occupée. En sortant du Gros-Caillou il se trouva assez bien; il resta quelque temps chez lui et entra à l'Hôtel-Dieu en qualité de garçon de pharmacie; il eut environ une dizaine de rapports sexuels dans le courant de l'année sans éprouver rien de particulier. Son congé étant expiré, il repartit pour Alger au mois de février 1836, étant dans un assez bon état de santé. En arrivant à Alger il se sentit moins fort qu'avant sa maladie, mais cependant il put faire son service et même suivre plusieurs expéditions, entre autres la première campagne de Constantine. Les fonctions génitales s'accomplissaient régulièrement, car le malade vécut pendant tout son séjour en Algérie, moins le temps de sa maladie, avec une femme espagnole sans s'apercevoir qu'il fût plus impuissant qu'auparavant. Il croit se rappeler cependant que sur les derniers temps son ardeur pour le coït était sensiblement diminuée. Il resta ainsi pendant environ deux ans. Dans le commencement de l'année 1838, il éprouva dans la tête des douleurs qui augmentèrent promptement et prirent un tel caractère de violence, qu'après huit jours elles étaient devenues intolérables et auraient fait pousser des cris au malade s'il n'avait employé toute sa force de volonté pour se contenir; elles avaient lieu principalement pendant la nuit, et se manifestaient par des élancements dont le siége était spécialement l'occiput et les tempes; le bruit et les mouvements les exaspéraient considérablement. Il entra alors à l'hôpital du Dey; dans les quinze premiers jours on lui fit huit saignées, puis on lui rasa la tête et on la couvrit d'un vésicatoire qu'on laissa suppurer au moins cinq semaines; on lui appliqua ensuite un séton à la nuque, et enfin un moxa derrière chaque oreille. C'est à la suite de ce dernier moyen que les douleurs commencèrent à se calmer un peu; elles duraient alors depuis deux mois et demi environ; le malade avait un dévoiement qui datait d'un mois; il avait perdu l'appétit et il ne pouvait se remuer dans son lit, même pour satisfaire ses besoins, tant sa faiblesse était grande. Une fois que ses douleurs furent un peu calmées, le dévoiement diminua graduellement; les douleurs elles-mêmes cessèrent complétement en trois semaines environ; le malade put prendre quelques potages, et enfin se lever après un mois de convalescence, c'est-à-dire trois mois et demi environ après son entrée à l'hôpital. Mais aussitôt qu'il put quitter le lit il s'aperçut que tous ses cheveux et ses poils étaient tombés : sourcils, barbe, poils du pubis, des aisselles, rien n'avait persisté. Il croit se rappeler qu'il s'aperçut aussi, durant sa longue convalescence, d'une diminution de volume de ses organes génitaux.

» Il resta ainsi quelques mois à Alger hors de l'hôpital, sans pouvoir faire de service; sur ces entrefaites son congé définitif arriva et il partit pour Paris, où il arriva au commencement de l'année 1839. De retour à Paris, il resta pendant environ trois mois sans rien faire, puis il fut pris d'une forte douleur dans la

tempe gauche, supérieurement, et il entra, le 1er février 1839, dans le service de M. Cullerier, qui lui trouva une exostose, et tout le monde remarqua l'atrophie de ses organes génitaux. On lui donna de la salsepareille, on lui fit des frictions avec de la pommade jaune, puis noire, sur la tumeur, et il sortit, le 29 juin, conservant encore un peu de tuméfaction, mais peu ou point de douleurs. Il demeura dehors pendant quatre mois sans éprouver de nouvelles souffrances. En sortant de l'hôpital il se rendit dans une maison de femmes pour faire l'épreuve de sa virilité, bien qu'il n'éprouvât aucun désir, et ce ne fut qu'après de longues manœuvres de lasciveté qu'il parvint à éjaculer un liquide aqueux, très-différent, dit-il, du sperme normal. C'est le seul rapport sexuel qu'il ait eu depuis son retour d'Afrique. Mais après ce temps une nouvelle exostose se manifesta à l'occiput, et de vives douleurs, sans tuméfaction, se firent sentir le long des tibias. Il rentra de nouveau dans le service de M. Cullerier le 31 octobre et en sortit le 31 décembre 1839; il prit de la tisane de Feltz, une soixantaine de bains de vapeur et de deux à quatre pilules, qu'il croit être des pilules de Vallet, pendant un mois.

» Le 19 septembre 1840, il entra pour la troisième fois dans le service de M. Cullerier. Il avait alors un gonflement de la racine du nez, une exostose près de la bosse frontale droite et une autre à l'occiput; et enfin, d'après ce qu'il entendit dire au chef de service, et d'après ce qu'assure encore le surveillant de la salle, qui se rappelle parfaitement cette circonstance, un ramollissement du frontal. Le gonflement, qui avait surtout lieu à gauche, fut qualifié de tumeur lacrymale; mais le malade assure qu'il n'a jamais eu de larmoiement. Le traitement consista en fumigations émollientes dans les fosses nasales, en bains de fumigation dans une boîte et en frictions sur la base du nez, surtout à gauche, avec une pommade qu'il croit être de l'onguent mercuriel. Les douleurs de tête avec exaspération nocturne avaient alors reparu assez fortes, et ne se dissipèrent que très-lentement. Il fit à l'hôpital un séjour de près de six mois et ne sortit que le 13 mars 1841. Bien que les souffrances du malade fussent apaisées toutes les fois qu'il sortit de l'hôpital, son état général était loin de s'améliorer. Ses forces, au contraire, diminuaient de plus en plus, sa peau devenait toujours plus fine et plus blanche, ses poils ne repoussaient pas, les cheveux seuls, qui avaient commencé à croître dès son premier séjour à l'hôpital du Midi, en 1839, étaient assez épais en 1841, mais d'une couleur moins foncée qu'avant leur chute; l'atrophie des organes génitaux continuait toujours. Il ne pouvait s'occuper qu'à des travaux peu fatigants, et encore d'une manière peu suivie. C'est dans cet état qu'il passa le reste de l'année 1841. Vers la fin de cette année les douleurs de tête se reproduisirent, quoiqu'à un degré peu violent, et s'accompagnèrent cette fois d'un écoulement muco-purulent, et bientôt d'issue de petites parcelles d'os par la narine droite, et enfin d'étourdissement et d'une sensation de choc à l'occiput chaque fois qu'il se baissait. Il entra dans le service de M. Puche, le 26 janvier 1842, et fut soumis pendant plusieurs mois à l'usage de la liqueur antisyphilitique de cet habile praticien, laquelle est composée de la manière suivante :

Iodhydrargyrate de potassium.	1 gr.
Iode pur.	1
Iodure de potassium.	100
Eau distillée.	398
	500

Les malades prennent 25 grammes de ce liquide par jour.

» Au bout de quelque temps le malade se trouva mieux, et dans le courant de l'année les douleurs cessèrent ainsi que l'écoulement muco-purulent de la narine droite, de même que l'issue des parcelles osseuses. Mais la faiblesse, la pâleur de la peau, l'absence de poils sur toutes les parties du corps, excepté à la tête, persistèrent à peu près au même degré; le malade fut présenté cette année à l'Académie, et son observation publiée dans la *Gazette médicale*. On pourra se convaincre en comparant la description un peu trop

romantique du malade à cette époque avec celle que nous allons donner, que son état n'a pas changé depuis lors, malgré les espérances que l'on avait pu concevoir. C'est pendant l'été de cette année qu'il eut, dans un rêve lascif, une éjaculation de matière aqueuse accompagnée d'une très-légère sensation de plaisir. C'est la seule éjaculation qu'il ait eue depuis le jour où il s'était rendu dans un lieu public, pour mettre à l'épreuve sa virilité.

» Il sortit le 7 octobre 1842, et traîna dehors une existence assez misérable jusqu'au 4 février 1843, époque à laquelle il entra de nouveau dans le même service. Cette fois, il n'avait pas de symptômes syphilitiques bien caractérisés; un malaise général, de l'inappétence, une pâleur générale prononcée, des étourdissements et une grande faiblesse, en un mot les caractères de l'anémie dominaient chez lui; on lui administra des pilules de Vallet et une nourriture aussi substantielle que possible; il sortit médiocrement amélioré le 6 mai. Quelque temps après, il fut admis chez M. Andral, à la Charité, et y fut traité pendant environ trois mois par les mêmes moyens. Il sortit conservant encore quelques étourdissements quand il faisait une course un peu longue. A la fin d'août, quoiqu'il n'eût fait dehors que quelques travaux peu considérables, les symptômes se renouvelèrent plus prononcés, et s'accompagnèrent d'élancements sur le sommet de la partie antérieure de la tête, s'exaspérant pendant la nuit et dans la station, moindres dans le jour et dans la position horizontale. Il réclama alors son admission à l'hôpital, et y fut reçu, ainsi qu'il a été dit, le 11 septembre. Il présentait alors l'état suivant, à part les douleurs dont il vient d'être question :

» La peau est partout d'une blancheur et d'une finesse remarquables; les veines qui la sillonnaient autrefois sous forme de gros cordons saillants ne se reconnaissaient maintenant qu'à une légère teinte bleuâtre sur le fond de la peau; les membres ont des formes arrondies sans aucune des saillies musculaires propres au sexe masculin, et qui étaient autrefois très-prononcées chez Pr...; le volume de ses membres paraît un peu diminué. Les chairs sont partout flasques et comme formées d'un tissu cellulaire lâche. Les extrémités sont petites et d'une forme féminine. La poitrine, comme l'abdomen, est entourée d'un tissu cellulaire adipeux, mais les seins ne sont pas développés d'une manière particulière. L'expression de la physionomie est d'une femme de quarante-cinq à cinquante ans, triste et languissante. Le malade est incapable de porter plus du quart d'un fardeau qu'il aurait porté autrefois. L'appétit est peu considérable, deux cinquièmes de portion suffisent pour le satisfaire; les digestions se font sans aucun malaise général ou local; la défécation ne se fait ordinairement que tous les trois ou quatre jours, quelquefois il se passe huit jours sans que le malade aille à la garde-robe; depuis son retour d'Afrique, il a toujours eu de la constipation, sauf deux ou trois diarrhées de très-courte durée. L'abdomen offre une forme à peu près normale, mais se rapprochant de celle propre au sexe féminin; dans le flanc droit, il y a une matité qui disparaît par le décubitus sur le côté gauche, tandis que, dans le flanc gauche, il y a une matité qui persiste dans toutes les positions; à la région de la rate, il y a une matité de 21 centimètres sur 10, laquelle se confond inférieurement avec celle du flanc gauche. La région du foie donne une matité qui ne dépasse pas ou qui dépasse à peine les fausses côtes.

» Le pouls est habituellement à 70, peu développé. Le cœur offre des battements et des bruits normaux, un peu sourds; il y a de l'obscurité du son plutôt que de la matité à son niveau. Palpitations lors de la marche ou d'un exercice un peu fatigant. On entend sur le trajet des carotides, surtout à droite, un bruit de souffle assez prononcé au premier temps. La chaleur de la peau est normale, quelquefois un peu plus développée que chez un homme bien portant. Il y a une augmentation d'impressionnabilité bien prononcée pour le froid.

» La respiration est partout naturelle et facile, si ce n'est dans les mouvements un peu rapides. La sonorité de la poitrine

est bonne dans tous les points. Tous les deux ou trois jours il s'écoule par la narine droite une petite masse de mucosités demi-concrètes qui gênent la respiration de ce côté, avant leur expulsion. Le malade ne sent d'ailleurs aucune douleur dans les fosses nasales, et l'étroitesse des narines empêcherait de rien voir dans le cas où il y aurait quelque altération. Les os propres du nez du même côté sont notablement déprimés ; la voix est faible, aigre plutôt qu'aiguë; selon le malade, elle s'est un peu modifiée, mais elle a plutôt changé d'intensité que de ton.

» La sécrétion urinaire n'est nullement troublée et ne l'a jamais été ; les urines sont parfaitement limpides, même lorsqu'elles ont séjourné long-temps dans le vase ; elle sont ou paraissent plus aqueuses qu'à l'état normal, elles ne précipitent pas l'acide nitrique. — Le scrotum est constamment rétracté comme chez un enfant de quatre ans ; il a le même volume et la même blancheur qu'à cet âge ; les testicules sont représentés par deux petites masses mollasses, nullement rénitentes, et semblant faire corps avec le reste du tissu cellulaire des bourses ; elles ont le volume de noisettes ordinaires. La verge offre les mêmes dimensions que chez un enfant de dix à douze ans ; elle est constamment flasque ; le prépuce est adhérent à la moitié supérieure du gland, qui ne peut ainsi être découvert qu'en partie. Cette adhérence, selon le malade, n'aurait commencé que depuis son retour d'Afrique, et se serait formée sans qu'il ait préalablement existé des ulcérations sur ces parties. Depuis l'éjaculation qui a été notée dans le premier séjour que le malade fit dans le service de M. Puche, aucune érection n'a eu lieu. Les désirs sexuels sont complétement éteints.

» L'intelligence est assez obtuse, mais il est difficile de savoir si elle a été autrefois plus développée ; le malade assure seulement que sa mémoire a considérablement faibli, et ce témoignage est confirmé par son frère qui est garçon de pharmacie à l'hôpital du Midi. Les sens ne paraissent avoir éprouvé aucune altération. La bosse occipitale est complétement aplatie, ou plutôt elle n'existe pas, mais il est impossible de savoir si cette conformation est antérieure ou postérieure à l'atrophie des organes génitaux.

» Dès son entrée, le malade fut soumis à l'iodure de potassium à la dose d'un à trois grammes ; on lui donna deux portions, du vin, de la tisane de houblon. Quinze jours après, les douleurs de tête avaient presque entièrement cessé ; un mois plus tard il n'en restait pas de traces. L'appétit avait un peu augmenté et le malade pouvait manger trois portions; cependant la pâleur, la faiblesse, l'essoufflement, les bruits artériels (ou veineux), les éblouissements, persistent au même degré, ainsi que l'épanchement abdominal et l'engorgement de la rate. Le malade a pris quatre bouteilles de solution d'iodure de potassium à la dose de cent grammes par bouteille ; depuis quinze jours le malade a cessé ce traitement pour être abandonné quelque temps au repos, et être soumis ensuite à une médication tonique. » (Castelnau, *loco cit.*)

A la suite de cette observation, M. de Castelnau place des remarques dont nous ne reproduirons ici que la partie qui nous intéresse.

« Dans la transformation organique qu'a subie l'individu il y a deux choses à considérer : 1° la transformation proprement dite, qui se caractérise par le changement des attributs du sexe masculin en attributs du sexe féminin ; 2° la détérioration cachectique, qui est commune à toutes les affections chroniques graves. Or ces deux phénomènes ne me paraissent pas tenir à la même cause, au moins directement, et voici ce que j'entends par ces mots : trois causes peuvent être invoquées pour expliquer les effets que nous observons chez ce malade : 1° la cachexie syphilitique ; 2° la cachexie mercurielle ; 3° la cachexie miasmatique, paludéenne ; mais quelle que soit celle à laquelle on donne la préférence, je ne pense pas que l'on trouve dans la science des cas où aucune de ces diverses cachexies ait produit une modification organique semblable à celle qu'a subie Pr... Si, au contraire, on compare les changements qui surviennent à la suite de la

castration à ceux dont il a été question, on trouve entre les uns et les autres une parfaite analogie, abstraction faite toutefois de ceux qui, chez Pr..., dépendent d'un état morbide proprement dit, et sur lesquels nous reviendrons dans un instant. Il me paraît donc hors de doute que la perte des attributs de la virilité n'est ici, comme dans tous les cas analogues, que le résultat de l'atrophie des organes génitaux. Reste à savoir maintenant à quelle cause on doit rattacher cette atrophie elle-même. Il faut avouer que la difficulté est à peu près insurmontable ; sans doute, si l'on considère que, selon toutes les probabilités, cette atrophie a débuté au moment où l'organisme tout entier se trouvait sous l'influence énergique et évidente du virus vénérien, on devra être fortement tenté de l'attribuer à l'action de ce virus; mais l'absence de semblables exemples empêchera tout homme circonspect de se prononcer d'une manière précise. Tous les cas d'atrophie des testicules que les auteurs rapportent sont en effet attribués à l'inflammation de ces organes, et, dans les cas fort rares où cette inflammation n'a pas préexisté, aucune clause plausible n'a pu être appréciée. Cela dépendrait-il de ce que des questions assez multipliées ou assez précises n'ont pas été faites aux malades ? C'est ce que des observations ultérieures pourront seules décider.

» Quant à la cachexie qui, outre la transformation organique, existe chez ce malade, il est évident qu'elle ne dépend nullement de l'atrophie des testicules, car on sait bien que les castrats peuvent jouir d'une excellente santé. Il faut donc qu'il y ait une autre influence ; et cette influence, je ne doute pas qu'elle ne soit due en grande partie au virus vénérien. Toutefois, il est impossible de dire d'une manière précise quel rôle a joué dans la maladie de Pr... l'infection marécageuse à laquelle il a été soumis, et il est étonnant que les observateurs qui m'ont précédé n'aient pas attiré l'attention sur cette circonstance ; dans tous les cas, on ne peut guère douter que l'engorgement assez considérable de la rate qui persiste encore ne soit l'indice de la persistance de l'influence miasmatique, soit que cette influence agisse encore par son agent spécial, ou bien par les désordres matériels que cet agent a produits primitivement.

» Si j'ai invoqué précédemment l'influence mercurielle comme troisième cause à laquelle on pouvait rattacher l'état de notre malade, ce n'est pas que, pour mon compte, je sois disposé à lui attribuer une grande importance ; trop de faits quotidiens viennent aujourd'hui donner un démenti à ces exagérations systématiques touchant les propriétés délétères du mercure, pour qu'un praticien ne soit pas parfaitement édifié sur ce sujet ; mais il paraît bien certain, d'un autre côté, que l'administration immodérée de ce médicament peut, par l'affaiblissement momentané et quelquefois assez long qu'il produit dans l'organisme favoriser l'action fâcheuse du virus vénérien, peut-être aussi de plusieurs autres virus. C'est dans ce sens seulement qu'on pourrait, dans le cas actuel, lui attribuer une certaine influence, qui serait d'ailleurs difficile à démontrer. » (*Loco cit.*).

Le *traitement* de l'atrophie du testicule doit évidemment être plutôt préventif que curatif. On conçoit que l'art doit être sans ressource pour rendre le volume et surtout la structure à un organe qui a en partie perdu l'un et l'autre. Quand la cause de l'atrophie restera inconnue, on devra faire suivre au malade l'hygiène la mieux combinée, ce qui, dans toutes les maladies, est une condition importante de retour vers l'état physiologique. On devra conseiller des rapports sexuels modérés, et faire éviter également l'excès de continence et l'excès contraire. Quand la cause sera connue, qu'on aura, par exemple, affaire à une compression accidentelle ou à la syphilis, etc., il faudra, outre les moyens dont nous venons de parler, d'abord enlever la cause, si cela est possible, et la traiter elle-même, si elle-même constitue une maladie. On pourra ainsi espérer d'arrêter les progrès de l'atrophie, lorsquelle ne sera pas déjà arrivée à son dernier terme, comme cela avait lieu

dans le cas observé dans le service de M. Vidal.

ARTICLE VIII.

De l'hypertrophie des testicules.

Une altération beaucoup plus rare que la précédente, si tant est qu'elle soit bien réelle, est l'hypertrophie. Le seul auteur qui en parle est M. Velpeau, et ce qu'il dit à ce sujet nous paraît assez intéressant pour que nous le rapportions textuellement ici.

« Les testicules acquièrent parfois le double, le triple, le quadruple même de leur volume naturel, sans offrir la moindre trace d'inflammation ou de dégénérescence. La forme, la souplesse, l'élasticité, le genre de sensibilité, tous les caractères matériels, en un mot, à part le volume, y restent à l'état normal. Ce genre de gonflement, dont j'ai bien observé une vingtaine d'exemples, occupe plus souvent les deux testicules qu'un seul. C'est de quinze à trente ans qu'il se manifeste surtout. Je ne l'ai rencontré que deux fois sur des habitants de la France. Les autres cas que j'ai pu étudier appartenaient, 8 à des Brésiliens; 6, à des Américains du sud; 3, à des Indiens, et 1 à un Égyptien. Les médecins de ces diverses contrées m'ont d'ailleurs appris que c'était, en effet, une indisposition fréquente au Brésil, en Amérique et dans l'Inde; mais je ne sais s'il convient de ranger avec eux l'hypertrophie du testicule dans la classe des affections éléphantiasiques.

» Tous les malades que j'ai vus ont conservé leur hypertrophie testiculaire pendant plusieurs années, sans qu'il y soit survenu de changements notables; aucun d'eux n'en a éprouvé par la suite, à ma connaissance, d'accidents graves. Comme c'est un mal qui n'occasionne pas de souffrances, qui ne trouble aucune fonction, qui n'est même considéré comme une indisposition qu'à un degré fort avancé par la plupart des malades, les médecins ne sont que rarement appelés à les suivre, à les traiter. Il faut convenir, d'un autre côté, que la thérapeutique, en est encore fort pauvre. J'ai essayé contre ce genre d'engorgement les mercuriaux, l'iode, les iodures, les topiques fondants de toute sorte, la compression elle-même, sans en obtenir de résultats bien décisifs. Il est vrai aussi que ces divers moyens n'ont jamais été employés avec toute la régularité convenable, avec toute l'insistance que pourrait exiger un mal aussi essentiellement chronique. Presque tous les malades, ne souffrant pas, tranquilles sur les conséquences de leur état, s'ennuient bientôt de la médication, et la négligent ou l'abandonnent tout à fait. C'est donc sous le rapport du diagnostic et du pronostic, bien plus que relativement au traitement, qu'il importait de signaler cette maladie à l'attention des observateurs. » (Velpeau, *Diction. cité*, t. XXIX, p. 469.)

Il paraît probable, en effet, d'après l'absence complète de symptômes, que les malades, dont parle M. Velpeau, avaient une hypertrophie des testicules; cependant nous ne pensons pas que ces malades aient été observés pendant assez long-temps pour qu'on puisse être certain qu'il n'existait pas une autre maladie, surtout lorsque l'anatomie pathologique n'a pas montré d'une manière directe l'absence de toute altération de structure dans les glandes ainsi hypertrophiées. Les cas dont il s'agit méritent donc par leur obscurité toute l'attention du médecin.

ARTICLE IX.

Spermatocèle.

Autrefois, on appelait ainsi beaucoup de tumeurs des bourses très-différentes les unes des autres; aujourd'hui que chacune de ces tumeurs a reçu un nom plus exact, on ne doit plus entendre sous le nom de spermatocèle qu'une tumeur vraiment formée par une accumulation de sperme dans une partie quelconque des organes génitaux; or, entendu de la sorte, le spermatocèle est une maladie qui nous semble fort problématique. Plusieurs auteurs, Boyer, Ast. Cooper, M. Vidal se sont abstenus d'en parler, et ceux qui en ont tracé l'histoire, ont plutôt été guidés par un raisonnement *à priori*, que par des observations positives.

Nous allons néanmoins rapporter ce que M. Velpeau dit de cette maladie.

« Une continence extrême peut être suivie, chez les hommes ayant eu jusque là d'autres habitudes, d'un engorgement douloureux du testicule, évidemment occasionné par la rétention du liquide séminal dans ses conduits naturels. Cet engorgement s'établit avec une certaine lenteur, et n'acquiert jamais un volume considérable. Il peut être considéré jusqu'à un certain point comme l'analogue des engorgements laiteux de la mamelle, qui surviennent quelquefois pendant la grossesse ou après l'accouchement. L'épididyme, le testicule se couvrent de petites inégalités, de légères bosselures, en même temps qu'ils se gonflent : le malade y éprouve une douleur sourde, la sensation d'un poids qui le fatigue, et une chaleur âcre et sèche. Toutes les tuniques des bourses conservent leur couleur et leur souplesse de l'état normal. On constate aisément que le testicule et l'épididyme en sont seuls affectés; les érections dont le malade est tourmenté, les privations qu'il s'est imposées, ses désirs non satisfaits avant le commencement du mal, joints aux caractères matériels dont je viens de parler, suffisent ordinairement pour spécifier le spermatocèle, et permettent de ne le confondre avec aucune autre espèce d'engorgement testiculaire. Comme le spermatocèle peut conduire à l'orchite aiguë, il est souvent utile de l'attaquer d'abord par le régime affaiblissant et par les topiques émollients. Les rapports sexuels, qui peuvent être utiles en semblables occurrences ne doivent cependant être conseillés qu'avec réserve et modération. Si le malade s'y livrait avec ardeur, en effet, le testicule trop excité pourrait s'enflammer franchement, et devenir le siége d'une orchite aiguë sans perdre tout à fait son engorgement spermatique. Les bains prolongés, des quarts de lavement camphrés, les boissons édulcorées, avec le sirop d'orgeat, l'eau de laurier-cerise, à petites doses, un régime végétal, l'absence de toute liqueur excitante, la privation de toute chose relative aux femmes, et qui puisse en rappeler l'idée à l'imagination, suffisent ordinairement pour dissiper ce mal; des cataplasmes avec la pulpe ou la fécule de pomme de terre, des compresses imbibées de décoction de têtes de pavots, de morelle, etc., appliqués sur le testicule engorgé, ont aussi leur degré d'utilité.

» En somme, le spermatocèle au point de constituer une maladie, est un engorgement testiculaire assez rare, et généralement peu grave. » (Velpeau, *loco cit.*, pag. 9.)

Curling, qui cependant se contente assez volontiers des opinions des auteurs, est encore plus réservé que M. Velpeau. « J'ai, dit-il, noté quelquefois dans les testicules, d'ailleurs sains, de petits dépôts de matière épaisse, de couleur jaune (probablement sperme épaissi), obturant et distendant quelques-uns des conduits déférents de l'épididyme, et quelques dilatations arrondies coïncidant avec ces dépôts; mais, à cette exception près, je ne connais aucune maladie des testicules à laquelle le nom de spermatocèle puisse être rigoureusement appliqué. Il est possible que le sperme puisse se collecter dans un ou plusieurs conduits du testicule préalablement obturés, et former là des ampoules analogues à celles qui se forment dans les conduits lactifères du sein ; mais, parmi plusieurs centaines de testicules que j'ai examinés, je n'ai rien trouvé de semblable. » (*Diseases of the testicles*, etc., p. 572.)

Nous sommes tout à fait dans le même cas que Curling, et nous ne pouvons en conséquence donner plus de détails sur le spermatocèle.

ARTICLE X.

Névralgie des testicules (testicule douloureux).

« Chaussier avait déjà signalé cette maladie d'une manière précise dans le passage suivant : « Cette espèce, que nous avons observée deux fois, avait son siége au rameau de la première paire lombaire qui se dirige obliquement à la crête de l'ileum, accompagne le cordon des vaisseaux testiculaires, et se ramifie au scrotum. La douleur, qui était très-vive, revenait régulièrement tous les jours, s'étendait de la crête de l'ileum aux diverses

ramifications du nerf, était accompagnée de resserrement du scrotum, et de rétraction du testicule ; mais la sécrétion de l'urine n'était point altérée, ce qui distinguait cette affection de la néphrite. » (*Tableau synoptique*, § IV ; *Névr. ilio-scrotale.*)

Richerand parut considérer l'affection dont parle Chaussier comme un symptôme de la présence de pierres ou de graviers dans les reins ou dans les uretères. L'attention était généralement détournée de ce sujet lorsque Ast. Cooper l'y reporta en faisant, de ce qu'il appelle le testicule douloureux, l'objet d'un Mémoire intéressant.

« Le malade affecté de testicule douloureux, dit-il, présente une sensibilité anormale dans une partie du testicule et de l'épididyme. Ces organes sont excessivement douloureux au toucher, ainsi que dans tout exercice ; ils sont extrêmement impressionnables par l'influence des changements atmosphériques.

» La sensibilité des parties malades s'exaspère par intervalles à un si haut degré, que le contact le plus léger produit une souffrance intolérable ; la douleur se propage jusque dans le dos et dans la région des reins ; les simples déplacements du testicule et la légère pression qu'exercent sur lui les vêtements pendant la marche causent une telle souffrance, que tout exercice devient impossible. Le malade est obligé de chercher du soulagement en reposant continuellement sur un sopha ou en restant au lit. Le testicule n'est que peu gonflé, il n'est pas également douloureux dans toutes ses parties, mais il y a un point où la sensibilité anormale a son principal siége. L'épididyme et le cordon spermatique présentent la même exagération de sensibilité, et si l'organe n'est pas soutenu, la souffrance devient presque intolérable. Dans le décubitus dorsal, le malade est obligé de se placer sur le côté opposé à celui du testicule malade ; sans cela il ne pourrait goûter aucun repos, Il ressent des douleurs dans l'aine et dans la cuisse du même côté ; le testicule du côté malade fait éprouver une sensation de pesanteur et de plénitude plus prononcée que le testicule du côté opposé.

» Parfois les mouvements produisent non-seulement une douleur instantanée, mais encore une exaspération considérable des accidents ; exaspération qui persiste plusieurs heures encore après l'action de la cause qui l'a provoquée ; la pression de la main, qui explore l'état du testicule, détermine une vive souffrance, et laisse le testicule encore plus sensible qu'auparavant.

» Il se manifeste, du côté de l'estomac, une susceptibité extrême, et qui va jusqu'à déterminer le vomissement. Le testicule douloureux est une affection qui dure fréquemment pendant plusieurs semaines, quelquefois pendant plusieurs mois ; elle peut même se prolonger pendant des années ; et, si dans certains moments le malade croit que la sensibilité, un peu amoindrie, lui permet de se hasarder à reprendre ses habitudes, le défaut de précaution dans son attitude et dans ses mouvements renouvelle ses premières souffrances.

» Cette maladie cause un tel abattement moral, un tel degré de souffrance physique, et prive si complétement celui qui en est atteint de toute jouissance, de l'exercice de toute profession, et le réduit à une telle impuissance, qu'il n'attend de soulagement que d'une opération. Trois fois en pareille occurrence, et à la sollicitation de mes malades eux-mêmes, j'ai eu recours à cette ressource extrême ; cédant à leurs désirs plus qu'à ma propre détermination. » (Richerand, *Nosographie chirurgicale.*)

M. Velpeau dit avoir remarqué deux variétés dans cette maladie : chez certains hommes, la douleur ne paraît occuper que la peau ou les tuniques du scrotum ; chez d'autres, c'est le testicule plutôt que ses enveloppes qui est le siége des souffrances éprouvées par le malade. Le plus ordinairement les douleurs n'ont lieu que sous l'influence d'attouchements, de pressions, de quelques mouvements dans les parties. Quelquefois elles se montrent cependant quoique l'organe reste parfaitement immobile, et à l'abri de tout attouchement extérieur. J'ai vu, dit-il, des malades qui ne pouvaient sup-

porter le contact d'aucun vêtement, qui étaient obligés étant couchés de tenir les draps du lit soulevés par un cerceau. Du reste, les bourses ne paraissent avoir éprouvé aucun changement; leurs parties constituantes, y compris le testicule, ne sont ni gonflées, ni endurcies, ni rouges, ni moins souples que dans l'état normal. On a eu l'occasion de les examiner dans quelques cas après les avoir détachées du corps, et elles n'ont rien offert alors qui indiquât la moindre altération de tissu. Tout indique par conséquent que le système nerveux est ici le siége du mal, et comme les douleurs se propagent, tantôt du côté de la crête iliaque, tantôt du côté des lombes, d'autres fois jusqu'à la région de l'estomac, il est permis de croire qu'elles dépendent d'une affection de la branche inguino-cutanée ou de la branche ilio-scrotale du plexus lombaire, ou bien des filets du grand sympathique qui viennent du plexus rénal.

Astley Cooper professe sur la nature de cette affection les mêmes opinions que M. Velpeau, et il a cherché à déterminer quelles en étaient les causes dans le passage suivant de son mémoire :

« Cette maladie n'est pas de nature inflammatoire; car l'action des artères de la partie éprouve plutôt une diminution qu'une augmentation. Le testicule est peu ou même point tuméfié. L'exagération de la sensibilité n'est point de la même nature que celle qui accompagne l'inflammation ordinaire, où l'on observe un grand afflux de sang dans la partie enflammée.

» Je pense que le siége de la maladie est dans la substance nerveuse et qu'elle est de la même nature que le tic douloureux; affection dans laquelle l'action nerveuse pèche plutôt par défaut que par excès. Ce qui le prouve, c'est qu'elle est quelquefois l'avant-coureur de l'affection paralytique; souvent elle l'accompagne, et quelquefois elle lui succède. Ce qui le prouve encore, c'est que presque tous les remèdes qui réussissent le mieux, sont de nature stimulante. Je ne connais, dans ce pays, que M. Thomas, président actuel du Collége royal des chirurgiens, qui ait disséqué un nerf affecté de tic douloureux. Il examina le nerf suborbitaire, n'y trouva aucune trace d'inflammation, e aucune différence quelconque avec celui du côté opposé.

» Cette irritation nerveuse a quelquefois une origine toute locale, comme celle qui a son siége à l'extrémité d'un membre qui a subi l'amputation. Elle est fréquemment constitutionnelle, et dépend d'une altération générale du testicule. Elle est quelquefois sympathique d'une maladie du cerveau et de ses membranes, comme dans le cas du docteur Pemberton, dans lequel une portion osseuse dans la dure-mère, avait été la cause d'une irritation extraordinaire des nerfs du visage.

» Dans le testicule douloureux, la dissection n'apprend rien sur la nature de la maladie, si ce n'est qu'elle n'est point inflammatoire et ne doit point, par conséquent, être traitée par la saignée générale, bien que la saignée locale apporte un soulagement temporaire.

» J'ai disséqué les divers testicules que j'ai enlevés pour cette maladie, mais je n'y ai trouvé aucune altération anatomique appréciable.

» Les fonctions digestives sont souvent altérées dans ces cas. Cette altération doit être considérée, non comme la cause originelle de la maladie, mais bien comme l'effet du désordre du système nerveux. On ne peut y remédier par aucune précaution de régime. » (A. Cooper, *loco cit.*

Marche. Pronostic. La *marche* de la névralgie testiculaire est le plus souvent d'une longueur désespérante. Pour un ou deux malades qui en seront débarrassés en quelques semaines ou très-rarement en quelques jours, il y en a vingt au moins qui en sont tourmentés pendant un, deux, trois, six mois, et même plusieurs années. Et lors même que la guérison survient, on doit toujours craindre une rechute.

Cette affection, comme toutes celles qui atteignent les organes de la génération, affecte beaucoup les malades, les rend misanthropes, et même les dispose au suicide. Plusieurs, après avoir supporté pendant plus ou moins long-temps leurs souffrances, finissent par réclamer,

quelquefois même par exiger la castration. En sorte que cette maladie, bien que ne compromettant pas directement la vie, est d'une assez grande gravité, et son pronostic est généralement fâcheux.

Traitement. La quantité de moyens conseillés contre la névralgie testiculaire prouve assez combien elle est rebelle aux efforts de l'art. L'énumération et l'appréciation de ces moyens ont été faites surtout par Ast. Cooper, puis par M. Velpeau ; ces deux chirurgiens offrent, dans la manière dont ils les exposent, assez de différences pour qu'il soit nécessaire de rapporter textuellement ce que chacun d'eux a écrit :

« Le chirurgien doit être guidé par deux principes dans le traitement de cette maladie ; l'un consiste à augmenter le ton du système nerveux, l'autre à diminuer l'irritabilité constitutionnelle et locale. Ces deux objets sont remplis par des moyens généraux et locaux.

» Les divers médicaments à l'aide desquels on s'est efforcé de remplir la première indication, sont les suivants, en considérant l'affection comme analogue au tic douloureux :

» Le quinine à hautes doses ; la plus grande proportion dans laquelle je l'ai vu administrer est de 24 grains dans un jour, par fraction de 8 grains à la fois.

» De fortes doses de quinquina ont produit de bons effets, comme le docteur Kerrisen l'a démontré dans le cas de lord C...., auquel j'ai donné des soins avec lui.

» Le fer à l'état de carbonate, à hautes doses, a été utile dans plusieurs cas, ainsi que M. Hutchinson, de Southall, l'a constaté le premier.

» La liqueur arsenicale m'a paru plusieurs fois très-efficace, quand la maladie offrait le type intermittent à périodes régulières.

» L'ammoniaque à hautes doses, combinée avec le camphre, a quelquefois une heureuse influence.

» Le vin, l'eau-de-vie et les autres liqueurs spiritueuses peuvent adoucir la violence d'un accès ; mais consécutivement ils en favorisent le retour, et même en augmentent l'intensité.

» On a essayé de diminuer l'irritabilité du système nerveux à l'aide de divers médicaments narcotiques.

» Un bon médicament comme narcotique, c'est la ciguë, que l'on administre à la dose de trois grains avec un grain d'opium et un demi-grain d'extrait de semences de stramoine deux ou trois fois par jour.

» La belladone, à la dose d'un demi-grain à 3 grains.

» La jusquiame peut être donnée à hautes doses.

» L'opium sous la forme de gouttes noires, la liqueur d'opium sédative, ou l'extrait ou la teinture d'opium.

» Le calomel, l'opium et l'antimoine peuvent être donnés dans diverses combinaisons, si les sécrétions du foie et de la peau sont altérées.

» L'application locale de l'extrait de belladone a été quelquefois utile.

» L'opium et le camphre en frictions sur la partie malade ont produit quelques améliorations.

» Quelquefois l'emploi de la glace a procuré la guérison.

» La guérison peut être aussi obtenue en irritant la peau dans le voisinage de la maladie ; par exemple par l'application dans l'aine et sur la cuisse d'un vésicatoire, dont on entretient la suppuration au moyen du cérat de sabine avec l'opium. (Sabine, 2 part. ; cire, 1 p. ; axonge, 4 part. — Opium, quantité variable suivant qu'on veut la prendre plus ou moins narcotique.)

» L'application de la teinture d'iode, jusqu'à ce qu'elle produise une irritation considérable de la peau, a été employée avec de bons effets.

» L'acide pyroligneux peut être appliqué sur le scrotum ; mais il exige beaucoup plus de surveillance, car il est très-irritant.

» Lorsque la maladie dépend d'une affection organique du cerveau, on ne peut espérer qu'une amélioration des symptômes ; mais si elle est liée à la lésion d'un nerf en particulier ou au trouble de tout le système nerveux, elle est en général susceptible de guérison.

» Un voyage sur mer dans un climat chaud a produit, à ma connaissance, une amélioration remarquable, sans doute à

cause du défaut d'exercice auquel on est condamné dans un navire, et de l'influence favorable qu'exercent quelquefois sur la santé générale l'air de la mer et le changement de climat.

» En général, dans le traitement de cette maladie, je débute par donner le calomel et l'opium jusqu'à ce que les glandes salivaires soient légèrement affectées et toutes les sécrétions excitées. J'ajoute à ces médicaments la décoction composée de salsepareille, qui jouit à un certain degré de la faculté de diminuer l'irritabilité générale ; je fais placer un vésicatoire dans l'aine, et j'entretiens la suppuration au moyen de l'onguent mercuriel et du cérat de sabine mêlés ensemble en quantités égales. Sur le testicule lui-même, je fais pratiquer les lotions évaporantes avec l'alcool étendu d'éther, ou avec le nitrate de potasse et l'hydrochlorate d'ammoniaque. » (A. Cooper, *loco citato.*)

Après avoir exposé tous ces moyens, Ast. Cooper avoue qu'ils sont quelquefois inefficaces, et il ne répugne pas, comme moyen extrême, de recourir à la castration. Il rapporte trois cas dans lesquels il a pratiqué cette opération. Il nous suffira de reproduire ici l'un de ces cas :

Obs. 1. « M. G... contracta à Paris, au mois d'octobre 1815, une gonorrhée qui eut pour conséquence l'inflammation du testicule droit. Il employa les fomentations et plusieurs médecines apéritives. Le testicule resta gonflé et douloureux jusqu'en juin 1816, époque à laquelle l'emploi d'un emplâtre fit disparaître tous les accidents. Une légère douleur se manifesta par intervalles jusqu'en juin 1817. Alors l'usage de l'emplâtre déjà employé le soulagea de nouveau et il se trouva assez bien pour rejoindre son régiment. Les exercices auxquels l'obligeait sa profession, occasionnèrent bientôt une douleur, telle que durant l'hiver de 1817 et le printemps de 1818, il eut à peine un instant de répit. Les moyens de traitement qu'il employa, se bornèrent à l'application d'un vésicatoire, à la suite duquel il s'aperçut que la douleur avait augmenté.

» En mai 1818 il retourna en Angleterre, et prit des bains de mer jusqu'en septembre. A cette époque la douleur avait presque disparu ; seulement il ne pouvait ni marcher ni monter à cheval. Depuis il prit pour tout moyen de traitement neuf bains de mer par semaine à Brighton, ce qui ne produisit aucune amélioration. Il lui était impossible de marcher dans une étendue de six verges sans éprouver une douleur considérable. La seule chose qui parût le soulager, c'étaient les violentes secousses produites par les cahots d'une voiture très-dure.

» La continuité de la douleur, l'état de contrainte où il était réduit, l'abattement moral et l'altération grave de la santé, qui étaient la conséquence d'une pareille affection, déterminèrent M. G... à se faire enlever le testicule. Je pratiquai cette opération en mars 1819. La plaie se cicatrisa lentement ; un ou deux petits abcès se formèrent dans le scrotum ; mais à la fin la guérison fut complète, et la douleur du cordon spermatique n'a jamais reparu. »

Ce cas pourrait à la rigueur paraître encourageant ; mais avant de le juger nous allons d'abord faire connaître la manière dont M. Velpeau a exposé le traitement du testicule douloureux.

« Mille moyens différents ont été essayés contre la névralgie testiculaire. Les liniments, les pommades, les calmants, les narcotiques, les stupéfiants, les résolutifs, de toute espèce et de toute nature, sont employés en pareil cas. C'est par ces moyens qu'il convient, en effet, de commencer la médication. S'ils ne suffisent pas, il faut interroger soigneusement l'économie tout entière et les antécédents du malade, voir si la névralgie ne tiendrait pas à quelque cause générale, ou bien à quelque lésion éloignée. Si le moindre soupçon de syphilis se présente à l'esprit, et que le mal ait résisté aux topiques calmants, on soumet le malade à un traitement mercuriel interne, à l'usage du proto-iodure ou du deutochlorure de mercure en particulier.

» Les voies digestives peuvent à leur tour fournir des indications qu'il importe de ne pas négliger ; si donc il y a de l'inappétence, un état limoneux de la langue, ou nidoreux de la bouche, on a recours soit aux vomitifs, soit aux purgatifs. Les

ferrugineux m'ont réussi chez un jeune homme malade depuis quatre ans, et qu'aucun autre remède n'avait pu soulager. Pour peu que la peau ait été affectée, les bains de Baréges, les bains alcalins, ou tout simplement les bains mucilagineux, comme les douches de même nature, réussissent d'autres fois mieux que le reste. J'ajouterai, que l'hydropathie, qui a manifestement exaspéré le mal chez un de mes clients, en a guéri un autre que rien n'avait pu soulager. Les préparations d'opium, de ciguë, d'aconit, de jusquiame, de belladone, les pilules de Méglin, le sous-nitrate de bismuth, la valériane, qui soulagent quelquefois, échouent le plus souvent. Chose singulière, c'est que de petits vésicatoires, promenés, comme le veut M. Valleix, sur les différents points où la douleur se fait sentir, soulagent souvent, même quand on néglige le précepte de M. Trousseau, qui recommande de déposer à leur surface 1 centigramme ou 2 d'un sel de morphine chaque jour.

» Malgré tous ces genres de médications, la névralgie du testicule persiste chez certains malades; si bien que plusieurs d'entre eux tourmentent avec tant d'opiniâtreté les chirurgiens que l'enlèvement des parties douloureuses a plus d'une fois été pratiquée. C'est un remède cependant que je ne conseille point, que je n'hésite pas même à blâmer. Ce n'est pas qu'avec un état semblable la castration soit une opération réellement dangereuse, mais bien parce qu'elle n'est pas indispensable, et surtout parce qu'elle ne réussit pas mieux que les autres remèdes dont j'ai parlé. L'observation prouve, en effet, et l'on en trouve des exemples dans l'ouvrage de M. Curling (*Diseases of the testicles*, etc., 1843) que l'ablation du testicule n'a point empêché les douleurs de reparaître, soit dans l'autre côté du scrotum, soit sur le trajet du cordon spermatique. Un jeune homme, maintenant âgé de 30 ans, et qui souffre ainsi depuis dix ans, qui a été traité sans discontinuer depuis cette époque par presque tous les praticiens renommés de la capitale, n'a éprouvé de soulagement un peu notable que sous l'influence de l'iodure de potassium, ou du tannin; encore l'amélioration n'est-elle pas permanente, ni extrêmement prononcée; cinq étés ont été passés de suite par lui à différentes sources minérales; c'est un de ceux qui m'ont le plus tourmenté pour que je lui pratiquasse une opération.

» On a bien conseillé aussi la section ou l'excision du nerf malade, soit par dissection, soit par l'incision sous-cutanée; mais d'abord il faudrait savoir, ce qui est loin d'exister toujours, où est le nerf malade, puis être sûr qu'il n'y a que ce nerf d'affecté, qu'on peut le couper au-dessus de la racine du mal, et que son action ne se rétablira pas après l'opération. Cependant c'est une opération assez légère pour mériter d'être essayée dans certains cas donnés, lorsque, par exemple, le trajet de la douleur indique clairement un nerf particulier. » (Velpeau, *loco cit.*, p. 491.)

Les raisons qui engagent M. Velpeau à condamner la castration sont trop justes et trop puissantes pour que nous n'y insistions pas ici de nouveau. Non-seulement le chirurgien doit s'abstenir de pratiquer cette opération, mais encore il doit s'efforcer de faire entrevoir au malade tous les inconvénients auxquels il s'expose en s'y soumettant, et le peu d'avantages qu'il doit en espérer. Ces inconvénients sont d'abord la perte de l'organe, la possibilité fort grande que la douleur ne disparaisse pas, et, ce qui est le plus terrible encore, la possibilité, dans le cas où la douleur disparaît, qu'elle ne se reproduise dans le testicule conservé.

Quant à la section des nerfs, c'est une opération à laquelle nous nous résoudrions volontiers en raison de son peu de gravité, si toutefois on pouvait déterminer quel est le rameau nerveux affecté; car il ne serait pas raisonnable d'aller couper des nerfs à tout hasard sans avoir la certitude d'atteindre ce qui est malade et surtout d'éviter ce qui est sain.

Nous ajouterons encore un mot sur le traitement: c'est que la plupart, pour ne pas dire presque toutes les névralgies testiculaires, se manifestent à la suite de blennorrhagies. Cette circonstance est une indication assez rationnelle de mettre

en usage les antiblennorrhagiques. Nous avons eu à nous en louer dans un cas.

ARTICLE XI.

Dégénérescence et tumeurs fibreuses des testicules.

« La structure du testicule, dit M. Velpeau, ne paraît point convenir à l'établissement des productions fibreuses. On n'a signalé jusqu'ici qu'un seul exemple de corps fibreux dans la substance même de cet organe. C'est M. Marjolin qui l'a rencontré, et la publication en est due à M. Cruveilhier. La tumeur était, dit-on, pelotonnée, globuleuse, formée de fibres enroulées, analogues à celles des corps fibreux de la matrice : une certaine proportion de matière putrilagineuse existait entre elles et la tunique albuginée. L'histoire de ce genre d'altération est encore trop incomplet pour qu'il soit utile de s'y arrêter longuement ici. Ce ne serait que par supposition que je pourrais en indiquer la marche, le pronostic et la thérapeutique. » (*Diction. cité*, t. XXIX, p. 486.)

On doit ajouter à ce que dit M. Velpeau que les atrophies acquises du testicule s'accompagnent le plus souvent d'une dégénérescence cellulo-fibreuse plus ou moins prononcée ; c'est évidemment ce qui avait lieu dans le cas remarquable d'atrophie que nous avons emprunté à M. de Castelnau. Enfin la dégénérescence fibreuse se rencontre encore quelquefois dans les atrophies que l'on pourrait appeler par arrêt de développement, comme dans le cas suivant, que nous empruntons à Curling.

Obs. « En examinant le corps d'un homme mort à l'hôpital de Londres, d'une phthisie et d'un anévrisme de l'aorte, à l'âge de 26 ans, je trouvai le testicule gauche situé juste à l'anneau inguinal externe. Il n'avait guère plus de la moitié de son volume habituel et était enveloppé par une tunique vaginale adhérente en plusieurs points. Un examen attentif ne put faire découvrir aucune trace des conduits spermatiques, dont la place était occupée par un tissu fibreux lâche ; l'épididyme était réduit à un petit nombre de bandes fibreuses et le conduit déférent était d'un petit volume. L'injection ne put faire pénétrer le mercure au delà du commencement de l'épididyme. »

Quand la dégénérescence fibreuse est consommée, il n'y a évidemment rien à faire pour le malade ; quand au contraire il est appelé pendant qu'elle s'effectue, le médecin doit en rechercher soigneusement la cause, et la combattre s'il lui est possible. Il n'est pas à présumer que les remèdes locaux puissent s'opposer à la marche de cette dégénérescence.

ARTICLE XII.

Dégénérescence et tumeurs osseuses.

Cette transformation peut se présenter sous deux formes différentes : dans la première elle est sous forme de lamelles et s'observe à peu près exclusivement sur la tunique albuginée, dans la seconde elle semble formée par des dépôts isolés qu'on rencontre quelquefois au milieu même de la glande séminale. Voici ce que dit M. Velpeau de cette lésion :

« Des productions calcaires de plusieurs sortes ont été observées dans les bourses. Divers chirurgiens y ont trouvé des concrétions pierreuses, tantôt libres, tantôt adhérentes, tantôt indépendantes des tissus, tantôt comme infiltrées dans la matière même des organes. Ainsi on a trouvé une partie du canal déférent et de l'épididyme comme pétrifiée ou criblée de lamelles, de plaques, de petits corps calcaires osséiformes. La même chose a été rencontrée dans le corps du testicule, aux deux surfaces de la tunique albuginée. Le plus souvent néanmoins ce sont les tuniques du scrotum qui se laissent envahir par de semblables productions.

Obs. 1re. « Il s'est présenté dans ma division, à l'hôpital de la Charité, au commencement de 1844, un des plus beaux exemples que j'aie vu de tumeur osseuse du testicule. Elle existait dans le testicule lui-même, sous la forme d'une masse globuleuse, aussi grosse qu'une noix, légèrement bosselée sur toute sa périphérie ; le parenchyme testiculaire conservait autour d'elle toute sa souplesse, toute son

homogénéité. Comme rien de malade, aucune altération, ne s'était établi dans ses enveloppes, il était facile d'en apprécier tous les caractères ; aussi chacun a-t-il pu s'assurer qu'elle avait la consistance d'un caillou, d'une véritable pierre, et qu'elle ne se rapprochait de la nature d'aucune autre espèce de tumeur connue. Le malade en attribuait l'origine à un coup, et la portait depuis plusieurs années. Comme elle ne lui occasionnait aucune gêne, aucune douleur, et que depuis long-temps elle n'éprouvait plus aucune espèce de changement, je l'ai engagé à n'y rien faire, à la garder, à ne plus s'en occuper. Pour que ce fait eût toute la valeur possible, il faudrait, je le sais, qu'il eût été soumis à la dissection ; mais, pour tous ceux qui l'ont vu, ce complément d'examen est véritablement inutile. Les concrétions calcaires, les ossifications du testicule, de l'épididyme ou du canal déférent qui existent sans complication d'aucune autre maladie, peuvent se maintenir toute la vie sans éprouver de changements sans exiger de soins ; mais comme elles se montrent plutôt à titre de complications ou de conséquences d'affections variées, elles peuvent offrir quelques indications particulières sous le point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement. Quand elles sont dans les parenchymes, on les reconnaît aux aspérités, aux pointes, aux bosselures dures, inégales, incompressibles, que présente l'organe dans certains points et à leur insensibilité ; libres, mobiles, incrustées dans certaines lamelles, elles donnent souvent lieu, sous la pression, à un bruit, à un craquement de parchemin qui ne permet pas de les méconnaître. »

ARTICLE XIII.

Tubercules des testicules.

Les testicules sont, après les poumons et les ganglions lymphatiques, et peut-être les os, les organes les plus exposés à l'affection tuberculeuse. Cependant il a fallu arriver jusqu'à ces derniers temps pour la voir distinguée des autres engorgements et décrite sous le nom qui lui convient. Déjà Ast. Cooper, sous le nom d'inflammation scrofuleuse, Dupuytren, MM. Cruveilhier et Roux avaient fourni quelques données sur l'histoire de cette maladie, quand M. Bérard en fit le sujet d'un mémoire important, inséré dans le *Journal des connaiss. médico-chirurgic. pour l'année* 1835. Depuis, plusieurs faits ont été consignés dans la science, qui ont rendu nos connaissances sur l'affection tuberculeuse du testicule plus complètes et plus vulgaires.

L'affection tuberculeuse peut revêtir dans le testicule comme dans tous les autres organes les deux formes principales si bien décrites par Laennec, à savoir : la forme infiltrée dans laquelle la matière tuberculeuse est répandue d'une manière informe dans une plus ou moins grande étendue du parenchyme de la glande, et la forme enkystée, dans laquelle la production accidentelle est ou renfermée dans un kyste isolant, ou du moins nettement circonscrite et d'une forme bien arrêtée. Cette dernière forme semble la plus commune dans le testicule. Quant au tubercule lui-même, il offre ici les mêmes périodes que dans les poumons, c'est-à-dire l'état de granulation ou d'infiltration grise (suivant la forme que la maladie affecte), l'état de crudité et l'état de ramollissement ; il serait inutile d'insister plus longuement sur chacun de ces états, qui doivent être exposés à propos du tubercule en général.

Les tubercules n'occupent quelquefois que l'épididyme ou le testicule, ou le canal déférent isolément ; mais, dans le plus grand nombre des cas, ils envahissent simultanément au moins les deux premiers de ces organes, et assez fréquemment tous les trois ; seulement alors c'est presque toujours par l'épididyme. On trouve dans Curling (ouvr. cité, p. 223) la reproduction d'un cas curieux dans lequel l'épididyme était à peu près complétement transformé, tandis que le testicule était partout complétement sain.

» L'affection tuberculeuse, dit M. Bérard, atteint rarement les enfants ; elle se développe surtout à l'époque de la puberté et dans les premières années qui la suivent ; elle sévit de préférence sur les hommes d'un tempérament lymphatique ; chez plusieurs des malades que j'ai

vus ou dont j'ai lu l'observation, la suppression d'un écoulement blennorrhagique avait précédé d'un ou plusieurs mois l'apparition de la maladie ; d'autres avaient eu des symptômes vénériens sans blennorrhagie ; d'autres enfin avaient éprouvé une contusion du scrotum. Dans les autres cas, les causes efficientes de cette affection sont restées inconnues. » (Bérard, *Compendium de chirurgie*)

Quant aux causes générales qui provoquent la tuberculisation, ce n'est pas ici le lieu de les étudier, leur examen devant se trouver dans l'histoire de la tuberculisation.

Les tubercules du testicule observés sur le malade, c'est-à-dire chirurgicalement, se présentent sous trois états distincts :

« 1° *État indolent.* Dans la période indolente, l'affection tuberculeuse du testicule se montre sous la forme d'une tumeur inégale, bosselée, sans changement de couleur à la peau, d'un volume rarement très-considérable. Tantôt c'est l'organe tout entier qui paraît avoir augmenté de volume en conservant sa forme de l'état normal, d'autres fois il n'est atteint que sur un de ses points, et alors la tumeur morbide, soit qu'elle fasse un relief globuleux à la surface de la tunique albuginée, soit qu'elle reste plus profondément située, se distingue à sa dureté, aux rugosités qu'elle présente, à son mode de sensibilité au milieu des tissus souples et homogènes qui l'entourent.

» Dans certains cas, l'épididyme seul, et l'épididyme et le canal déférent, sont le siége primitif du mal : là, comme dans le testicule proprement dit, il se peut qu'une tumeur existe, soit en haut, soit en bas, soit au milieu, sous la forme de nodosités, de bosselures plus ou moins considérables, mais il arrive plus souvent encore que plusieurs bosselures de dimensions inégales occupent en même temps toute la longueur, ou quelques-uns des points de l'épididyme et du canal déférent. Dans le testicule, les tubercules multiples se distinguent du tubercule unique en ce que, saisi entre les doigts, l'organe n'offre point la souplesse, la spongiosité qui lui est naturelle, qui le caractérise ; en ce qu'on le trouve comme criblé de corps concrets qui paraissent disséminés dans les différents points de son épaisseur. Pour que ce caractère n'échappe pas à l'observation, il suffit de faire mouvoir le testicule entre les doigts, comme pour le froisser en le pressant un peu. Du reste, le volume des tumeurs, des bosselures, des nodosités du testicule tuberculeux, est extrêmement variable : il égale parfois celui d'une noix, d'un petit œuf même, quoiqu'en général il se rapproche plus de celui d'une lentille, d'un petit pois ou d'une noisette. On conçoit du reste que, réunis en petit nombre, les tubercules soient ici, comme ailleurs, plus volumineux que quand il y en a beaucoup.

» Les tubercules testiculaires ne peuvent pas donner à l'organe un volume considérable, car aucun d'eux ne peut s'accroître au delà d'un certain degré sans passer de la période de crudité, ou de l'état indolent, à la période de ramollissement, d'inflammation ou de suppuration.

» 2° *État inflammatoire.* Au bout d'un certain temps les tubercules testiculaires subissent un travail moléculaire qui les transforme petit à petit en une sorte d'abcès, ou bien qui fait naître dans les parois du kyste établi autour d'eux une inflammation qui finit par gagner la région correspondante des enveloppes du scrotum, en y comprenant même à la fin la couche tégumentaire. Cette période s'annonce par de la douleur, un gonflement insolite d'une ou de plusieurs des bosselures préexistantes ; bientôt la peau rougit, les tissus sous-jacents s'empâtent, et l'on a, dans l'atmosphère d'une ou de quelques-unes des bosselures tuberculeuses, tous les caractères matériels de l'orchite aiguë.

» Il est rare que ce travail s'établisse dans un grand nombre de tubercules à la fois, il n'en occupe ordinairement qu'un ou deux en même temps ; les autres n'en sont pris plus tard qu'à d'assez longues distances. Si on examine le tubercule pendant cette période, on voit qu'il est constitué par un pus mal lié, liquide au centre, floconneux, grumeleux, concret, adhérent même dans ses couches les plus extérieures ; le tissu testiculaire qui entoure le foyer est alors

méconnaissable et transformé en une couche cellulo-lardacée, évidemment épaissie par l'inflammation. Une sorte de confusion s'est établie entre la peau et le kyste ramolli par l'intermède des couches organiques interposées, tandis que jusque-là ces lamelles étaient restées mobiles l'une sur l'autre.

» Rien, au surplus, n'est plus facile à diagnostiquer que cette période de l'orchite tuberculeuse : le malade, qui ne s'était plaint que du volume et de la pesanteur de sa tumeur, s'inquiète et annonce qu'il y éprouve une douleur sourde, une sensibilité, une chaleur inusitées, et il ajoute qu'un point de son testicule s'est notablement gonflé dans l'espace de quelques jours ; le chirurgien constate qu'une des bosselures de la tumeur a pris un développement insolite, que la peau qui la recouvre est plus ou moins rouge, enflammée et a contracté des adhérences avec les couches sous-jacentes ; il voit enfin que la pression douce de cette bosselure n'est plus supportée avec indifférence par le malade, et qu'elle est le siége d'une véritable douleur, d'un véritable travail inflammatoire, qu'il s'est enfin établi ou qu'il tend à s'établir là un abcès.

» 3° *État ulcéreux.* Qu'on l'ouvre artificiellement, ou bien qu'on en attende l'ouverture spontanée, le foyer tuberculeux ainsi ramolli n'en donne pas moins lieu à un ulcère qui forme la troisième période de la maladie. Cet ulcère, qui revêt volontiers les caractères de l'ulcère fistuleux, est fréquemment compliqué d'un décollement, d'un amincissement assez notable de la peau, qui se roule sur ses bords, ou qui reste fréquemment livide, comme scorbutique dans le voisinage. Tout en se rétractant, en revenant sur elle-même, la caverne tuberculeuse conserve à l'intérieur une surface comme villeuse, plus ou moins régulière, et qui appartient à la catégorie des trajets à fausse membrane muqueuse ; la tumeur, en perdant sa forme globuleuse et une grande partie de son volume, se maintient cependant sous l'aspect d'une sorte de pédicule ou de corde, qui s'étend de l'ouverture cutanée à la racine du mal dans le testicule ou l'épididyme. C'est cette corde, dont le volume est très-variable, qui représente le trajet de l'ulcère fistuleux. On devine qu'il peut survenir ainsi autant d'ulcères plus ou moins sinueux qu'il y aura de masses tuberculeuses ramollies, enflammées, suppurées dans le testicule.

» On conçoit aussi qu'à la longue un tel travail et de tels dépôts puissent anéantir, désorganiser le parenchyme testiculaire tout entier, et détruire ainsi la faculté virile du malade. Chaque ulcère se maintient en pareil cas jusqu'à l'élimination complète de la matière tuberculeuse ; après quoi il disparaît et se cicatrise en laissant à sa place une dépression plus ou moins profonde qui fixe sur ce point les téguments à la portion correspondante du testicule du malade.» (Velpeau, *Dict. de méd.*, t. XXIX, p. 472.)

La marche du tubercule, telle qu'on vient de la voir décrite, est en effet celle qu'on observe le plus souvent ; mais il n'est pas rare cependant de voir les trajets fistuleux se prolonger indéfiniment, et la suppuration détruire peu à peu toute la trame glandulaire. Dans d'autres circonstances plus heureuses, mais malheureusement beaucoup plus rares, la résolution ou du moins l'absorption de la partie liquide du tubercule semble s'opérer, et la maladie paraît s'arrêter sans arriver à la période ulcéreuse. Cette terminaison, à laquelle croit M. Bérard, bien qu'il soit difficile de la démontrer directement, est rendue probable par ce que l'on voit dans les autres organes, dans le poumon en particulier, et par les observations de Delpech que nous allons rapporter :

« Il est difficile, selon ce chirurgien, de dire si les tubercules renferment dans leur propre organisation la raison suffisante de l'absorption de la substance qui les compose, ou bien si le système absorbant des parties environnantes peut accomplir de la sorte les phénomènes extérieurs d'une résolution complète ; mais, en se fondant sur l'analogie, on est autorisé à croire que la substance d'un testicule peut disparaître de l'une ou de l'autre manière. On voit, en effet, sur des individus où des tubercules tombés en fonte ont déjà procuré des ulcé-

rations, de nouvelles tuméfactions présentant les mêmes apparences disparaître complétement, soit à l'occasion des changements amenés par la puberté, soit par les effets d'un traitement convenable ; il est même des faits propres à faire penser que cette véritable résolution des tubercules scrofuleux peut être favorisée ou même décidée dans les tubercules sous-cutanés par l'action réitérée des cantharides sur les téguments correspondant à la lésion organique ; du moins avons-nous fait de pareilles observations à l'occasion de tumeurs que l'on pouvait caractériser de la sorte, et sur des sujets entachés évidemment de la diathèse scrofuleuse, et sur lesquels plusieurs tubercules tombés en fonte avaient déjà occasionné des ulcérations nombreuses.

» On distingue l'engorgement tuberculeux du testicule avec assez de facilité dans la plupart des cas ; les bosselures, la forme inégale, empêchent tout d'abord de le confondre avec la simple hypertrophie. Le squirrhe, qui offre parfois des rides ou de légères bosselures, ne présente point les saillies globuleuses ni la mollesse des nodosités tuberculeuses ; les élancements dont il est souvent le siége ne se voient point dans les tumeurs tuberculeuses, et il n'est susceptible ni de s'abcéder ni d'amener des ulcères fistuleux comparables à ce qui se voit dans la maladie qui nous occupe actuellement. Les tumeurs encéphaloïdes qui, en général, n'occasionnent pas beaucoup plus de douleurs que le testicule tuberculeux, acquièrent facilement un volume beaucoup plus considérable ; des bosselures larges, plus molles, qui ne s'enflamment et ne s'abcèdent point de la même manière. Il n'y aurait donc que l'orchite chronique avec laquelle il serait possible de confondre certains engorgements tuberculeux. Mais, de deux choses l'une, l'orchite chronique n'a modifié les tissus qu'en les hypertrophiant, en les indurant sur quelques points, et alors la méprise est à peu près impossible ; ou bien l'inflammation lente a fait naître dans le parenchyme testiculaire de petites tumeurs qui pourraient bien n'être en définitive autre chose que de véritables tubercules. » (T. III, p. 635.)

Un excellent signe qu'il faut ajouter aux précédents, c'est la déformation particulière que subit le canal déférent ; quand ce canal est envahi par les tubercules, ce qui est assez fréquent d'après ce que nous avons dit, il devient noueux et ressemble assez bien à un chapelet : ce signe est un de ceux qui éclairent certainement le plus le praticien.

Un diagnostic qu'il serait important de pouvoir établir, c'est celui des tubercules enkystés ou disséminés et des tubercules infiltrés ; ce diagnostic intéresse en effet le praticien, parce que les terminaisons favorables sont à espérer surtout dans la première forme, tandis qu'elles sont peut-être sans exemple dans la seconde ; malheureusement rien n'est moins avancé que ce diagnostic.

« Est-il facile, dit M. Auguste Bérard, d'établir le diagnostic entre les tubercules disseminés et ceux à l'état d'inflammation ? Je regrette de ne pouvoir éclairer cette question par le résultat d'observations nombreuses, dont l'exactitude ait été confirmée par l'inspection anatomique. Sur un sujet destiné aux leçons de M. Cruveilhier, le testicule était dur, sans augmentation notable en volume ; la matière tuberculeuse était infiltrée dans la moitié supérieure du corps de cet organe. Les tubercules disséminés se reconnaîtront sans doute à des tumeurs multiples et globuleuses, saillantes à la surface du testicule ; tandis que ceux infiltrés pourront augmenter le volume et la densité du testicule, sans altérer sa forme. » (Bérard, *lieu cité.*)

» La gravité du pronostic, dit M. Velpeau, dans l'engorgement tuberculeux des testicules, doit être envisagée de deux points de vue, relativement à l'état général, relativement à l'état local. En supposant que la maladie soit ici une dépendance de quelque inflammation chronique, comme elle ne se montre guère que chez les sujets délicats, de constitution lymphatique, elle doit toujours donner des inquiétudes eu égard à la santé générale. Si au contraire les tubercules avaient nécessairement dans les testicules l'étiologie qu'on leur attribue dans le poumon, le pronostic en serait d'une gravité extrême, puisqu'ils ne seraient guère que le symptôme d'une al-

tération constitutionnelle à peu près inévitablement mortelle. Ce que j'ai dit précédemment me dispense de répéter actuellement que je n'adopte point d'une manière absolue ces dernières idées sur la tuberculisation du testicule ; que tout en tenant compte de la constitution, des dispositions individuelles du malade, je n'en regarde pas moins l'engorgement tuberculeux du testicule comme une maladie locale dans la plupart des cas.

» Réduite à ce dernier terme, la question du pronostic est, du reste, encore fort sérieuse. Je possède quelques exemples bien positifs de résolution de tubercules testiculaires, et, comme M. Bérard, je crois ce genre de terminaison de la maladie moins rare qu'on ne l'a dit. On n'en est pas moins forcé de convenir, que le plus souvent, que neuf fois sur dix, peut-être, les tubercules testiculaires se fondent, donnent lieu à des abcès, à des décollements, des destructions plus ou moins étendues de la peau ; que des ulcères, des fistules, des fongosités succèdent ordinairement à ces abcès ; que le testicule et l'épididyme finissent le plus souvent par être dénaturés, atrophiés ou détruits, au point de ne plus compter comme organes dans l'économie ; que pour en venir là, la fonte successive du tubercule exige souvent un assez grand nombre d'années, et, qu'avant d'arriver à son terme, elle provoque chez quelques-uns des malades une perturbation telle dans la santé générale ou dans certaines fonctions, que la vie n'y résiste pas toujours. Néanmoins s'il est vrai que certains ulcères, certaines fistules, suite de l'état tuberculeux du testicule, persistent parfois indéfiniment et coïncident avec une détérioration profonde de l'état général, il l'est aussi que ces ulcères et ces fistules ne sont pas incompatibles avec l'exercice régulier de presque toutes les autres fonctions, avec un état de santé fort satisfaisant.

» Il n'est pas douteux que dans quelques cas la maladie ne soit en effet locale ou au moins localisée, comme l'indique le savant professeur, mais elle est aussi, on n'en saurait douter, beaucoup plus souvent générale, et c'est surtout sous ce point de vue que le pronostic offre de la gravité. Il est de règle que toutes les fois qu'on rencontre chez un adulte des tubercules dans un organe autre que le poumon, il en existe en même temps dans celui-ci ; et le testicule, quoique échappant à la règle plus souvent qu'un autre organe, y est cependant soumis dans la majorité des cas. C'est, du reste, ce qu'a observé M. Curling, qui dit avoir constaté souvent que les malades affectés de tubercules du testicule étaient en même temps phtisiques. » (Velpeau, *ouvrage cité*, p. 479.)

D'après Dupuytren le tubercule du testicule dégénérerait, quoique rarement, à la vérité, en cancer : « Quelquefois, mais rarement cependant, la dégénérescence carcinomateuse s'empare des engorgements scrofuleux, et revêt tous les caractères qui lui sont propres, et l'ablation de l'organe, quand elle est possible, est le seul remède à lui opposer » (*Clin. ch.*, t. IV, p. 231.) Toutefois cette opinion, que Dupuytren n'appuie sur aucune observation positive, n'a pu convaincre M. Bérard, qui émet le doute suivant : « Le testicule tuberculeux peut-il passer à l'état cancéreux ? malgré l'autorité de grands chirurgiens, je ne crois pas devoir admettre une semblable terminaison. Je pense que, dans le cas où le cancer a paru succéder au tubercule, il y avait une complication de deux maladies. » (*lieu cité*, p. 143.)

Traitement. « La thérapeutique des engorgements tuberculeux des testicules, doit avoir pour point de départ les deux propositions suivantes :

» 1° Abandonnée à elle-même, la maladie finit presque constamment par s'user, par disparaître, en désorganisant plus ou moins complétement le testicule ;

» 2° Jamais l'affection tuberculeuse du testicule n'exige la castration. Ce sont ces deux faits qui établissent surtout entre les engorgements tuberculeux et les tumeurs cancéreuses du testicule, une différence fondamentale.

» Les moyens à mettre en usage varient, tout étant égal d'ailleurs, selon la période du mal. Tant que les tubercules sont à l'état indolent, que les accidents inflammatoires ne se sont pas développés, on se sert, à titre de topiques, de

diverses pommades, d'emplâtres, de liquides résolutifs : c'est ainsi que les pommades d'iodure de plomb, de potassium, de mercure, sont employées en frictions, qu'on met en usage les emplâtres de savon, de ciguë, de Vigo, des linges imbibés de solutions salines, etc. J'ai retiré quelques avantages en pareil cas de la compression au moyen de bandelettes de diachylon ou d'emplâtre de ciguë.

» On donne en même temps à l'intérieur les médicaments vantés contre la prétendue scrofule, contre les maladies lymphatiques, tuberculeuses; c'est-à-dire les préparations d'iode en général, l'iodure de potassium en particulier, l'iodure de fer, le chlorhydrate de baryte, le tannin, les bains sulfureux, aromatiques, alcalins; un régime fibrineux, substantiel, quoique doux; un peu de vin; les eaux ferrugineuses. On recommande de l'exercice, l'habitation à la campagne, les bains de mer, et de soutenir les bourses avec un bon suspensoir.

» Pour peu que d'anciennes affections syphilitiques eussent existé chez le malade, il conviendrait d'essayer avant tout le proto-iodure de mercure donné à la dose de 1, 2, 3 ou 4 centigrammes, en autant de pilules par jour. Ce médicament amène quelquefois des dégorgements, des guérisons véritablement inattendus. Lorsqu'il doit être essayé, j'aime mieux le prescrire au début, parce que j'ai remarqué que les autres moyens, l'iodure de potassium surtout, réussissaient infiniment mieux après qu'avant, lorsqu'ils ont pour but d'éteindre quelque reste de syphilis.

» Quand il passe à l'état inflammatoire, l'engorgement tuberculeux veut qu'on en modifie le traitement. Aux pommades, aux emplâtres, aux topiques indiqués tout à l'heure, il convient de substituer les cataplasmes émollients ou narcotiques; dans certains cas même, l'inflammation devient assez aiguë, assez vive, pour que les sangsues sur la tumeur ou au voisinage de la tumeur, et la saignée soient indiquées. Il est possible aussi, en pareil cas, que les onctions avec la pommade mercurielle simple ou opiacée, seule ou avec les cataplasmes, soient utiles. Pour peu que l'état local réagisse sur le système circulatoire, et provoque de la fièvre, le régime tonique et les médicaments fondants doivent être supprimés pour faire place, au moins momentanément, à une médication, à un régime purement émollients ou adoucissants.

» J'ai souvent eu recours en pareilles circonstances à l'emplâtre d'onguent de la mère dont je faisais couvrir toute la tumeur, et qui est d'un usage infiniment plus commode que la pommade mercurielle et les cataplasmes. Cet emplâtre, qui modère généralement la douleur, n'irrite point la peau, expose peu aux érysipèles, et semble réellement favoriser la suppuration.

» Dès que les bosselures sont ramollies et fluctuantes, il convient de les ouvrir. Inciser de bonne heure chaque abcès est ici une règle dont je ne me dépars que rarement dans la pratique; la temporisation a pour inconvénient de faire naître un amincissement, une désorganisation de la peau, qui éternise ensuite la suppuration.

» D'un autre côté, il ne serait pas sans inconvénient d'ouvrir de tels abcès tout à fait au début tant que la masse tuberculeuse n'est pas ramollie. L'incision qu'on en ferait dénaturerait plutôt qu'elle n'améliorerait la maladie.

» Quelques praticiens, M. A. Bérard en particulier, admettraient volontiers que les tubercules du testicule doivent être non-seulement incisés de bonne heure, mais encore extirpés en entier. En procédant ainsi, disent-ils, on mettrait à la place d'un abcès une plaie fraîche dont la cicatrisation serait facile, ne se ferait pas long-temps attendre. Je ne crois pas que cette pratique puisse être adoptée, excepté pourtant dans les cas très-rares où il n'y a dans le testicule qu'un ou deux tubercules formant des masses parfaitement isolées; comme il en existe presque toujours en très-grand nombre, à des profondeurs très-différentes, sur des points très-variés et de volume fort dissemblable chez le même individu, dans le même organe, il est évident que tous ces petits corps doivent disparaître successivement par le travail organique, et que ce serait infliger en

pure perte aux malades des opérations assez douloureuses pour en débarrasser le testicule. Du reste, c'est à la fois sur le point déclive et sur la partie la plus mince des enveloppes du kyste qu'il convient d'établir l'ouverture. Si l'opération est pratiquée de bonne heure, une simple ponction avec la lancette suffit; dans le cas contraire, et si la peau est largement amincie, les grandes incisions méritent certainement la préférence.

» Après l'incision des abcès, c'est aux cataplasmes émollients qu'il faut recourir tant que la suppuration reste abondante. Plus tard, on en revient aux pommades, aux emplâtres, aux divers topiques précédemment indiqués. Dès que les phénomènes de l'état aigu se calment, on remet le malade à l'usage du régime et de la médication de l'état indolent. On passe ainsi d'une médication à l'autre chaque fois que l'état aigu l'emporte sur l'état chronique, ou que l'état chronique reprend le dessus sur l'état aigu.

» Plus tard encore, il est possible que pour hâter la détersion des foyers, des fistules, pour favoriser la cicatrisation des ulcères, on soit obligé de faire des injections vineuses, alcooliques, iodées, excitantes, aromatiques, détersives de toutes sortes, dans les foyers ou trajets purulents, d'exciser des lambeaux de peau trop amincis, de pratiquer des contre-ouvertures, des débridements, de cautériser même avec le nitrate de mercure, ou quelques trochisques, les surfaces d'apparence muqueuse qui semblent s'établir là comme organes sécréteurs du pus. C'est, en définitive, le traitement des engorgements lymphatiques, des abcès froids, en général, que réclame l'état tuberculeux des testicules. Il serait donc tout à fait inutile d'entrer ici sous ce rapport dans de plus longs détails.

» A cette période, l'état tuberculeux du testicule doit être soumis à l'usage des mêmes moyens, soit hygiéniques, soit pharmaceutiques, généraux et locaux, que la dégénérescence tuberculeuse des ganglions lymphatiques et des os. Vivre au grand air, se donner beaucoup d'exercice, se nourrir d'aliments succulents, prendre à doses suffisamment élevées de l'iode, de l'iodure de potassium, du tannin, de la décoction de l'extrait de feuilles de noyer, etc., telles sont les ressources qu'il convient d'invoquer alors comme aux autres périodes de la maladie. » (Velpeau, *art. cité.*)

L'unanimité des auteurs est telle, sur la thérapeutique des tubercules du testicule, que nous n'avons absolument rien à ajouter à la description précédente, laquelle résume parfaitement toutes les opinions.

ARTICLE XIV.

Cancer du testicule (sarcocèle).

On prend généralement comme synonyme de cancer le mot *sarcocèle;* c'est un tort qui nous semble assez grave, parce qu'il introduit dans l'histoire de la maladie une confusion que le progrès doit surtout s'efforcer de dissiper. Nous pensons que sous le nom de cancer du testicule on ne doit entendre aujourd'hui que les productions squirrheuses et encéphaloïdes et peut-être colloïdes de cet organe, et qu'on doit restreindre à cette signification le mot sarcocèle, si l'on ne se décide pas à s'en passer, ce qui vaudrait mieux. Les inconvénients de cette dénomination ressortiront encore mieux lorsqu'on aura lu la définition que M. Roux, qui a jugé à propos de la conserver, en donne dans l'article du *Dictionnaire de médecine.*

« Je pense que par sarcocèle, il faut entendre toute affection du testicule ou de ses annexes se présentant sous la forme d'une tumeur solide, plus ou moins volumineuse, dans laquelle l'altération organique des parties malades est portée si loin que leur extirpation devient le plus ordinairement au moins indispensable. »

Cette définition une fois adoptée, l'auteur est obligé d'établir une foule de divisions qui obscurcissent beaucoup plus qu'elles n'éclairent le sujet.

« Toutes, ou presque toutes les parties qui entrent dans la composition des bourses peuvent être le siége d'affections qui se rapportent à la définition que nous venons de donner du sarcocèle, et je n'entends pas dire seulement, que, développé primitivement dans l'une de ces parties, le sarcocèle est susceptible de

s'étendre consécutivement à toutes les autres, mais bien qu'il peut se développer en premier lieu dans chacune d'elles. Il y a des sarcocèles : 1° de la peau, 2° du tissu cellulaire, 3° du cordon spermatique, 4° du pérididyme ou de la tumique vaginale, 5° enfin du testicule lui-même, et ces différents sarcocèles déjà très-distincts les uns des autres, par leur siége primitif, offrent encore des différences assez grandes dans la nature intime de la maladie : à quoi il faut ajouter que chacun d'eux, et celui du testicule plus particulièrement, est susceptible de se montrer sous des formes assez variées. La peau du scrotum est quelquefois le siége d'une affection cancéreuse que P. Pott a le premier décrite sous le nom de cancer des ramoneurs, laquelle, bornée à l'épaisseur de la couche cutanée du scrotum, est susceptible de s'étendre aux parties circonvoisines et aux testicules eux-mêmes. Serait-il convenable de refuser à cette affection, ainsi que l'ont fait la plupart des chirurgiens, le nom de sarcocèle ?.. Non assurément : n'est-elle pas due à cette espèce de dégénération qui se développe dans le testicule lui-même, et qui donne lieu au sarcocèle proprement dit? N'arrive-t-elle pas jusqu'à envahir cet organe et toutes les parties environnantes, quand on l'abandonne au progrès qu'elle doit faire inévitablement ?.. et les indications thérapeutiques qu'elle présente ne sont-elles pas absolument les mêmes que pour le sarcocèle qui a son siége dans des parties plus profondes ? Dans l'un comme dans l'autre cas, il y a nécessité de faire l'extirpation des parties malades. Par une dernière et fâcheuse similitude l'opération n'est que trop souvent suivie de la récidive dans l'une comme dans l'autre circonstance. » (Roux, *Dict. de Méd.*, art. Sarcocèle.)

On voit combien de confusion une semblable manière de considérer le sarcocèle introduit dans son histoire ; la question de l'identité des diverses espèces de tumeurs des bourses se trouve tranchée sans motif, il en est de même de la curabilité, de l'extirpation, etc. Les progrès de l'anatomie pathologique exigent maintenant plus de précision, et nous entendons exclusivement par sarcocèle ou cancer es testicules les productions encéphaloïdes, squirrheuses, et colloïdes des glandes spermatiques ; cette manière d'envisager la maladie est d'ailleurs admise actuellement sans constestation, et l'on en verra facilement la nécessité.

Caractères anatomiques. Lorsqu'on examine une tumeur cancéreuse du testicule, voici d'après les auteurs les plus accrédités ce que la dissection pure et simple permet d'y constater :

« A sa première période, la tumeur est formée à la fois par une substance d'un blanc grisâtre, luisante, légèrement demi-transparente, dont la consistance varie depuis celle de la couenne de lard jusqu'à la dureté du cartilage (c'est le tissu squirrheux à l'état de crudité), et par des masses plus ou moins dures que la substance précédente, opaques, d'un blanc un peu rougeâtre, partagées en lobules que séparent de petites cloisons celluleuses traversées en tout sens par des vaisseaux sanguins (c'est la matière encéphaloïde ou cérébriforme également à l'état de crudité). Ces deux substances sont en effet presque toujours réunies : ce sont celles que l'on rencontre le plus ordinairement, elles forment ensemble une masse lardacée au milieu ou sur un des points de laquelle on rencontre quelquefois une portion de la substance du testicule, présentant encore son aspect, sa coloration, et quelques-uns de ses caractères naturels, mais offrant en général cependant plus de consistance que dans l'état normal, et ayant acquis une sorte de friabilité qui s'oppose à ce qu'on puisse développer les innombrables filaments dont elle est composée. Dans une période plus avancée, on retrouve encore les deux substances dont nous venons de parler, mais dans un état plus ou moins complet de ramollissement : le tissu squirrheux moins transparent et moins dur, paraît plus abreuvé de liquide, et si on le comprime, on en fait suinter des gouttelettes d'une sérosité épaisse et jaunâtre, assez semblable à de la crème ; çà et là aussi il contient de petits foyers remplis d'un liquide sanieux et plus ou moins coloré. La substance encéphaloïde se présente avec tous les caractères de la pulpe cérébrale ramollie, et comme dans un état de

putréfaction, offrant une foule de petits épanchements d'un sang altéré plus ou moins, selon qu'il y a plus ou moins de temps qu'il est sorti de ses vaisseaux. C'est à cette dégénérescence que quelques chirurgiens ont donné le nom de sarcome médullaire, dont ils ont voulu faire une espèce particulière de sarcocèle. Dans quelques cas le ramollissement est porté si loin que la matière encéphaloïde se présente sous l'aspect d'un liquide un peu épais, d'un blanc jaunâtre, sali par le sang, et qui s'écoule aussitôt qu'on divise la tunique albuginée ; cette membrane qui a éprouvé une distension plus ou moins considérable, suivant les cas, présente en général une épaisseur plus grande que celle qui lui est naturelle, une véritable hypertrophie, à laquelle on voit quelquefois participer les prolongements fibreux, qui, dans l'état naturel, se détachent de sa surface interne pour soutenir la substance délicate du testicule, et qui forment alors de véritables loges renfermant les nouvelles productions. L'augmentation d'épaisseur de la tunique albuginée n'est pas toujours la même dans tous les points de son étendue ; souvent cette membrane est plus mince en certains points que dans d'autres. C'est là que la tumeur présenterait des bosselures plus ou moins saillantes.

» Après l'ulcération du sarcocèle la dégénération paraît encore portée plus loin, et le ramollissement de la tumeur, qui précédemment pouvait être borné à quelques points, en comprendra la totalité. Les bords et la surface de l'ulcère reposent sur une substance comme charnue, de consistance variable, ayant le même aspect que la surface ulcérée, et au-dessous de laquelle on voit les substances squirrheuse et encéphaloïde. Lorsque l'altération est portée à ce point on rencontre assez souvent, au milieu de ces dernières masses, ordinairement peu volumineuses, des mélanoses, qui sont souvent le résultat d'une transformation éprouvée par du sang sorti de ses vaisseaux ; quelquefois encore, mais rarement, le sarcocèle est formé par une substance molle, transparente, ou bien jaunâtre et analogue à de la gelée de viande, ou bien rougeâtre et semblable à de la gelée de groseilles ; substance à laquelle Bayle et Laennec ont donné le nom de squirrhe gélatiniforme ou colloïde. » (Roux, *loco cit.*)

Il est fréquent aussi de rencontrer au milieu du tissu encéphaloïde, surtout à une période avancée, des masses plus ou moins considérables de matière jaunâtre ou même jaune-serin, ayant très-peu de cohésion et fort analogue, sauf la couleur, à du caséum récemment précipité, mais bien exprimé du liquide qu'il renferme. Enfin il n'est pas rare de rencontrer encore un développement considérable des vaisseaux sanguins, circonstance qui a servi de base à une espèce particulière de cancer sous la dénomination de fongus, maladie fongoïde, etc. C'est sous cette dernière dénomination qu'Astley Cooper a décrit l'encéphaloïde du testicule.

La description précédente est généralement considérée comme exacte, au moins en France. Cependant Ast. Cooper n'est pas persuadé de l'existence du squirrhe dans le testicule : « Il me paraît difficile, dit-il, d'admettre que cette maladie puisse se présenter dans le testicule sous la même forme et avec les mêmes apparences que dans la mamelle, c.-à-dire sous la forme d'une tumeur excessivement dure, cloisonnée par un entrelacement de prolongements fibreux très-résistants.

» J'ai observé quelques cas dans lesquels l'affection s'est présentée avec les caractères suivants : l'engorgement très-dur, débutant dans le corps même du testicule, dont le poids devient considérable, est accompagné d'une douleur vive qui revient par intervalles. La tumeur ne passe jamais à l'état de ramollissement comme la tumeur fongoïde, et ne donne jamais lieu, comme cette dernière, à une ulcération fongueuse très-vasculaire et saignante, mais elle offre un aspect irrégulièrement bosselé, une dureté excessive, et n'acquiert jamais un volume aussi considérable que celui qu'on a observé dans la maladie fongoïde. La douleur s'irradie dans la région lombaire. Le cordon spermatique se tuméfie, devient dur et noueux. Une tumeur moins volumineuse que celles qui se développent dans la maladie fongoïde, se forme dans la cavité de l'abdomen. Il

s'accumule d'abord un peu de sérosité dans la tunique vaginale. Vers la fin de la maladie, le tissu cellulaire de la jambe et de la cuisse du côté malade devient le siége d'une infiltration à laquelle l'autre jambe ne tarde pas à participer. » (Astley Cooper, *loco cit.*)

Il est évident pour nous que les caractères que Cooper a assignés à la tumeur sont bien ceux du cancer squirrheux et qu'ils ressemblent parfaitement à un très-grand nombre de cancers du sein. D'ailleurs Astley Cooper a soin de distinguer l'état qu'il décrit de l'encéphaloïde ; or une maladie qui a la marche envahissante du cancer, comme il l'indique plus bas, et qui n'est pas de l'encéphaloïde, encore moins du tissu gélatiniforme, est du squirrhe.

Ainsi que le fait remarquer Ast. Cooper, le cordon spermatique ne tarde pas à s'engorger dès que le cancer fait des progrès dans le testicule ; bientôt les ganglions lymphatiques de l'abdomen en font autant et forment des tumeurs de différents volumes, qui revêtent promptement les caractères cancéreux. Il serait extrêmement intéressant de connaître la proportion exacte de ces engorgements lymphatiques à une période donnée du cancer ; malheureusement cette question n'est qu'un sujet important de recherches à faire.

Marche et symptômes. La maladie commence le plus ordinairement par le corps même du testicule, et ne s'étend que plus tard à l'épididyme ; l'organe malade augmente un peu de volume, en même temps que de légères douleurs s'y font sentir à des époques plus ou moins éloignées. Le toucher révèle au malade l'existence d'un léger engorgement, d'une petite dureté qui augmente peu à peu ; dans les premiers temps cet engorgement paraît borné à une partie du testicule, mais plus tard il envahit la totalité de l'organe, s'étend même à l'épididyme, et se présente alors sous l'apparence d'une tumeur dure, pesante et quelquefois irrégulièrement bosselée à sa surface. Dans cet état, où les douleurs sont peu intenses et paraissent causées presque uniquement par le tiraillement mécanique que fait éprouver au cordon spermatique la tumeur abandonnée à son poids, la maladie répond au premier degré du cancer (à ce que les pathologistes ont appelé squirrhe indolent). Mais bientôt la scène change, et les accidents deviennent plus pressants et plus graves : la tumeur devient le siége d'élancements douloureux, vifs et passagers, que le malade compare à des piqûres d'aiguille, et qu'exaspèrent tout attouchement un peu brusque, un choc quelconque, l'exercice, sans qu'il soit poussé jusqu'à la fatigue. Ces douleurs lancinantes ne se manifestent d'abord que de temps à autre ; puis elles deviennent et plus fréquentes et plus intenses, au point même de troubler le sommeil ; cependant elles peuvent manquer dans un assez grand nombre de cas. La tumeur acquiert plus de volume ; elle se ramollit, tantôt en quelques points seulement, où l'on voit se former des saillies fluctuantes, tantôt d'une manière générale, ce qui pourrait faire croire à l'existence d'une simple hydrocèle avec épaississement de la tunique vaginale. Pour peu que la maladie soit plus longtemps abandonnée à elle-même, la peau du scrotum, qui jusqu'alors était restée saine et mobile sur la tumeur, contracte avec elle des adhérences plus ou moins intimes, et prend ensuite une teinte violacée : les veines sous-cutanées se dilatent et deviennent variqueuses ; la tumeur contracte aussi des adhérences avec le corps caverneux et le canal de l'urètre, et attire sur elle, pour s'en couvrir, la peau de toutes les parties environnantes; chaque jour les douleurs deviennent plus vives ; bientôt elles ne sont plus bornées au testicule malade, mais s'étendent du côté du ventre, dans tout le trajet du cordon testiculaire, jusque dans la région lombaire. Dans le principe, le cordon ne participait nullement à la maladie du testicule; mais bientôt il s'engorge, devient gros, dur, inégal, et noueux tant au-dessous qu'au-dessus de l'anneau. Là où la peau avait pris une teinte rouge, violacée, il se forme de petites fissures, desquelles il s'échappe un peu de sérosité, et qui deviennent bientôt de véritables ulcères cancéreux.

Une chose digne de remarque, toutefois, c'est que la peau , dans le sarcocèle

ne s'altère en général qu'à une époque fort avancée de la maladie, et beaucoup plus tard que dans les autres affections cancéreuses, que dans le cancer de la mamelle par exemple ; cela tient sans doute à ce que le testicule, séparé, isolé des parties extérieures par plusieurs membranes, et en particulier par la tunique vaginale, reçoit tous ses vaisseaux de l'intérieur de la cavité abdominale, où il était primitivement placé, et n'a que des liaisons fort secondaires avec les parties molles des bourses, surtout avec la peau du scrotum. C'est par la même raison sans aucun doute que dans le sarcocèle du testicule, le cordon spermatique s'engorge au contraire si promptement, que l'irritation se communique aussitôt aux glandes lymphatiques de l'abdomen, et qu'un principe d'engorgement existe déjà le plus ordinairement dans ces glandes lorsqu'on pratique l'opération de la castration, alors même qu'elle paraît faite dans les circonstances les plus favorables. On dirait, écrit M. Roux, que dans les affections cancéreuses, indépendamment de l'influence que peut exercer la cause intérieure sur l'engorgement des glandes lymphatiques, cet engorgement se manifeste d'autant plus promptement, sous l'influence de l'affection locale, que, par quelques circonstances d'organisation, celle-ci se propage moins facilement des parties voisines de celle qui en a été le siége primitif. J'ai déjà émis cette idée il y a long-temps ; de nouvelles méditations et l'observation d'un grand nombre de faits, l'ont rendue plus probable encore à mes yeux. C'est presque toujours à la partie antérieure de la tumeur que les téguments du scrotum adhèrent d'une manière plus ou moins intime au testicule, et que s'établit leur ulcération, ce qui dépend probablement de ce que, dans l'état naturel, le testicule est placé plus immédiatement sous la peau en devant du scrotum, qu'en arrière, de ce que dans ce dernier sens il en est séparé par une couche plus épaisse de tissu cellulaire; et principalement aussi de ce que, par la situation naturelle des testicules et du scrotum qui les contient, non entre les cuisses, mais un peu à leur partie antérieure, la tumeur placée dans le scrotum est poussée en avant à mesure qu'elle se développe. Avant même que le cancer soit parvenu à la première période bien confirmée, c'est-à-dire à ce que l'on appelle cancer occulte, avant surtout qu'il soit arrivé à l'état d'ulcération, et bien plus encore lorsque des ulcérations se sont établies à la surface du scrotum, l'état général du malade s'altère d'une manière remarquable : l'appétit se perd, les fonctions digestives languissent et se dépravent, la peau prend une teinte jaunâtre-paille, plus ou moins prononcée ; la physionomie devient triste ; le moindre exercice est promptement suivi de fatigue ; une toux sèche se déclare ; les membres inférieurs s'œdématient, en même temps un affreux marasme s'empare du reste du corps. Bientôt le malade ne peut sortir de son lit, et les souffrances horribles auxquelles il est en proie ne lui permettent pas d'y trouver le moindre repos. Les ulcérations du scrotum en s'agrandissant, envahissent, rongent et détruisent indistinctement toutes les parties environnantes : quelquefois des eschares se manifestent à leur surface, et la chute de ces eschares produit d'abondantes hémorrhagies qui ne soulagent un moment les souffrances du malade que pour augmenter la faiblesse dans laquelle il est plongé : ce n'est qu'épuisé par la continuité des douleurs et par la fièvre hectique qu'il arrive enfin au terme de la vie.

Les symptômes et la marche du cancer du testicule se présentent ordinairement tels que nous venons de les décrire ; mais dans cette maladie autant et plus peut-être que dans toute autre les exceptions à la règle sont nombreuses, les variétés multipliées. Ainsi tandis que le plus ordinairement le volume de la tumeur n'atteint que celui d'un œuf de cane ou de dinde, quelquefois il égale et dépasse même celui de la tête d'un fœtus à terme. D'autres fois même, le volume reste naturel ou diminue, comme nous l'indique Boyer : « Le sarcocèle, dit-il, laisse quelquefois au testicule son volume naturel. D'autres fois même cet organe, en s'endurcissant, perd son volume et se réduit à une boule grosse comme une petite

noix. Je pourrais rapporter plusieurs exemples de ce genre d'induration cancéreuse ; je me bornerai au suivant : un homme âgé d'environ quarante ans, d'un tempérament bilieux et nerveux, ayant toujours joui d'une parfaite santé, éprouvait depuis quelque temps une douleur sourde dans la région lombaire, lorsqu'il s'aperçut que son testicule gauche devenait plus dur et diminuait de volume. Dans l'espace d'environ six mois, cet organe fut réduit à une tumeur grosse comme une petite noix. Cette tumeur était indolente et d'une dureté squirrheuse. Le cordon était sain : seulement le canal déférent me parut un peu plus gros que celui de l'autre côté. Avec quelque attention que l'on explorât l'abdomen on n'y sentait aucune tumeur. Je fis l'extirpation de ce sarcocèle, et après l'opération, en examinant le testicule, je vis qu'il était entièrement converti en matière squirrheuse et qu'il ne contenait aucun foyer de matière ichoreuse. Le diamètre du canal déférent était considérablement augmenté et ses parois étaient couvertes d'une matière blanchâtre et comme stéatomateuse. La plaie de l'opération fut entièrement cicatrisée au bout de six semaines. Mais environ dix mois après il se développa des tumeurs dans l'abdomen ; il en vint d'autres dans différentes parties du corps, et notamment une très-considérable sur la partie latérale gauche du cou. Le malade périt misérablement dans la cachexie cancéreuse, au bout de six mois environ. »

Dans une autre partie de son livre, Boyer regarde cette forme de cancer comme plus particulièrement disposée à la récidive. Il serait difficile et même impossible, dans l'état actuel de la science, de juger la valeur d'une semblable opinion, ou plutôt d'une semblable hypothèse.

Dans quelques circonstances, fort rares à la vérité, les dimensions du testicule semblent avoir diminué en même temps que cet organe a pris une consistance très-grande. Boyer, qui rapporte une observation d'un pareil sarcocèle, regarde cette forme de la maladie comme une des plus graves de toutes celles sous lesquelles elle peut se présenter.

Relativement à la forme, quelques variétés s'observent également.

Le testicule cancéreux conserve bien, dans la plupart des cas, la forme ovoïde; mais fort souvent aussi il est presque parfaitement sphérique ; quelquefois sa surface paraît égale, régulière, tandis que le plus ordinairement elle présente des bosselures plus ou moins considérables, qui se montrent dès le principe de la maladie, ou ne commencent à se manifester que lorsque le mal a déjà fait de grands progrès. La consistance de la tumeur est extrêmement variable : tantôt le sarcocèle paraît formé d'un tissu mollasse, sans soutien, cédant facilement sous le doigt, et présente une demi-fluctuation qui souvent en a imposé à des praticiens très-exercés, au point de leur faire croire à l'existence d'une hydrocèle; dans d'autres cas la tumeur offre une consistance comparable à celles de certaines tumeurs fibreuses, ou même qui approche de la dureté d'un corps cartilagineux; très-souvent aussi la consistance varie dans les différents points de la tumeur.

La durée de la maladie est encore moins constante que les phénomènes dont nous venons de parler : tantôt quelques mois suffisent pour qu'un sarcocèle parvienne à son terme funeste, cela se voit surtout chez les individus encore peu avancés en âge ; tantôt, au contraire, un sarcocèle persiste pendant plusieurs années, non-seulement sans amener la mort, mais même sans produire d'altération bien notable dans la santé de celui qui le porte. En général, les sarcocèles très-durs sont plus lents dans leurs progrès que ceux qui se présentent avec une consistance très-molle ou comme pulpeuse. On a vu des sarcocèles parvenus à un certain degré rester stationnaires pendant un temps fort long, et même pendant toute la vie. Mais, ce qu'il y a de curieux et de très-important au point de vue pratique, c'est que des cancers qui pendant long-temps ont semblé avoir une marche très-lente changent tout à coup de caractère et arrivent promptement à leur dernière période, tandis que d'autres suivent une marche tout opposée. Les alternatives de lenteur

et de promptitude dans la marche sont d'ailleurs communes dans le cancer, plus peut-être que dans aucune autre maladie.

Le plus ordinairement, à mesure que le sarcocèle du testicule fait des progrès, et que la tumeur devient plus considérable, des adhérences s'établissent entre le feuillet pariétal de la tunique vaginale et celui qui recouvre la surface du testicule, de manière à produire l'oblitération complète de cette poche séreuse; mais, dans quelques cas, ces adhérences n'ont pas lieu, et presque toujours alors l'irritation inséparable des progrès de la maladie fait naître un épanchement de sérosité dans la tunique vaginale, une hydrocèle plus ou moins considérable accompagne alors l'affection organique du testicule.

L'hydropisie, dans ce cas, n'est véritablement qu'un épiphénomène, le sarcocèle produit ici l'épanchement de la sérosité dans la cavité de la tunique vaginale de la même manière que les maladies organiques des viscères abdominaux, du cœur ou des poumons, amènent communément à leur suite l'hydropisie ascite, celle du péricarde et l'hydrothorax, de la même manière qu'on voit chez les enfants l'hydrocéphale n'être, dans certains cas, que symptomatique d'une lésion organique développée dans le cerveau ou dans le cervelet.

Dans le sarcocèle du testicule, comme dans celui du pérididyme, où cette complication s'observe, la maladie prend le nom d'hydro-sarcocèle; pour plus d'exactitude, il serait mieux de dire qu'il y a sarco-hydrocèle, puisque le sarcocèle, c'est-à-dire l'affection organique, soit du testicule, soit de l'épididyme ou de la tunique vaginale, est toujours la maladie première, l'affection principale ou dominante, et que l'hydrocèle, à quelque degré qu'elle soit portée, n'est toujours que secondaire ou symptomatique; et non-seulement elle n'est que secondaire dans l'enchaînement des phénomènes pathologiques, mais encore par rapport aux indications curatives. La coïncidence d'une hydrocèle avec un sarcocèle ne change rien aux indications que présente cette dernière maladie. Rien n'est plus variable, au reste, que la quantité de liquide épanché dans la tunique vaginale.

Diagnostic. « En général, dit M. Roux, il est facile de reconnaître un sarcocèle, et même d'en caractériser l'espèce. Quelques cas cependant offrent de l'obscurité, et des circonstances se présentent dans lesquelles on pourrait prendre un sarcocèle pour quelque autre affection du scrotum, ou, ce que l'on voit plus souvent encore, dans lesquelles telle ou telle autre tumeur du scrotum revêt les apparences d'un sarcocèle; à quoi il faut ajouter que les différentes affections du scrotum n'étant point incompatibles les unes avec les autres, et que certains individus étant assez malheureusement nés pour porter en même temps plusieurs maladies, comme une hernie inguinale volumineuse, une hydrocèle du cordon, une hydrocèle de la tunique vaginale, un sarcocèle ou toute autre tumeur appartenant au testicule, etc.; un tel concours de maladies dans un même lieu, et dans un espace si resserré, est bien propre à faire naître quelque embarras dans l'esprit d'un chirurgien, même très-expérimenté. Mais ne parlons ici que des méprises et des erreurs de diagnostic auxquelles pourraient donner lieu, par rapport au sarcocèle, quelques autres affections du testicule lui-même.

» On a vu l'hypertrophie simple de l'un des deux testicules, ou des deux organes en même temps, portée à un degré qui pourrait faire présumer l'existence d'une altération organique; en pareil cas, on éviterait l'erreur en remarquant que le volume insolite du testicule existait déjà d'une manière relative dans l'enfance, qu'il est depuis longtemps tel qu'on l'observe maintenant, que l'organe est léger proportionnellement à sa grosseur, qu'il n'est le siége d'aucune douleur, etc. Quels ne seraient pas les regrets d'un chirurgien qui, par une légèreté tout à fait inexcusable, croyant extirper un sarcocèle, enlèverait un testicule entièrement sain, mais seulement volumineux et remplissant avec une énergie peut-être plus qu'ordinaire les fonctions que lui a départies la nature. »

» L'inflammation du testicule, quelle

qu'en ait été la cause, laisse souvent après elle, sur le testicule lui-même, et plus souvent à l'épididyme, un léger engorgement, un état d'induration, qui, dans un grand nombre de cas, reste long-temps stationnaire, ou même persiste indéfiniment. Gardez-vous bien de craintes mal fondées, ou tout au moins prématurées, et ne croyez pas à l'existence d'un sarcocèle commençant; sans doute un tel état peut être le principe d'une affection grave du testicule, mais aussi il est possible que cette affection ne se déclare point. Un état pathologique qu'on a, je n'en doute pas, très-souvent confondu avec le sarcocèle, et pour lequel on a bien souvent aussi pratiqué sans nécessité l'extirpation du testicule, c'est l'engorgement chronique de cet organe développé sous l'influence du vice vénérien. Un grand nombre de faits m'ont démontré que cet engorgement vénérien chronique est un état pathologique beaucoup plus fréquent qu'on ne le pense communément; du moins ai-je eu de nombreuses occasions de l'observer; et dans le cas où, d'après le conseil que leur avaient donné d'autres praticiens, les malades étaient sur le point de se soumettre à la castration, qui leur avait été présentée comme l'unique ressource de l'art contre leur maladie, leur guérison complète par un traitement antivénérien m'a fourni la preuve la moins équivoque de l'erreur de diagnostic dans laquelle on était tombé à leur égard. L'aspect de la tumeur, sa configuration, si l'on peut ainsi dire, peuvent fournir quelques indices, mettre sur la voie de soupçonner son origine vénérienne, et éloigner l'idée de l'existence d'un véritable sarcocèle. J'ai remarqué depuis long-temps, et d'autres praticiens ont fait la même observation, que dans l'engorgement vénérien chronique du testicule la tumeur est moins pesante proportionnément à son volume, que dans le sarcocèle; la surface en paraît plus égale et moins bosselée, anticipant un peu sur le cordon spermatique, ou plutôt comprenant la partie inférieure de ce cordon, qui, dans le reste de son étendue, conserve une parfaite intégrité; elle est plus grosse en bas qu'en haut, et présente pour ainsi dire une forme pyramidale. Sans doute ces indices ne sont pas infaillibles, mais quand ils se présentent il n'y a aucun inconvénient à temporiser et à ne pas prononcer sur la nécessité d'un parti extrême, sans avoir tenté l'usage des remèdes antivénériens.

»Si la maladie que l'on croyait être un sarcocèle n'est qu'un engorgement vénérien du testicule, la tumeur devient bientôt moins volumineuse et plus molle au toucher : après douze ou quinze jours de traitement, surtout si l'on assujettit le malade au repos, le changement dans la tumeur est remarquable. Cette épreuve laisse un vrai sarcocèle dans le même état; les frictions mercurielles ajoutent même quelquefois à l'irritation dont la tumeur est le siége, et donnent à la douleur plus d'intensité : c'est un fait bien connu des praticiens, que, de quelque manière qu'ils soient administrés, les mercuriaux exaspèrent plutôt qu'ils ne calment les symptômes des affections cancéreuses.

»La réserve que je viens de prescrire est encore plus de rigueur s'il s'agit de prononcer sur la nécessité d'une castration complète, parce que les deux testicules sont affectés en même temps, ou sur la nécessité d'une seconde opération de sarcocèle chez un individu qui a déjà subi cette opération une première fois. Il est vrai que l'affection des deux testicules simultanément ou successivement chez le même individu est bien propre à faire présumer qu'il s'agit d'un engorgement vénérien de chaque testicule plutôt que d'un sarcocèle double, ou de deux sarcocèles développés l'un après l'autre. Suivant moi, cette circonstance exclut presque entièrement l'idée d'une affection cancéreuse. J'ai peine à croire que les deux testicules puissent être atteints tous deux ensemble ou successivement, du moins cela me semble devoir être une chose fort rare. Qu'on en juge par analogie : aux mamelles, chez les femmes, organes pairs, comme les testicules, a-t-on vu le cancer affecter ces deux organes ensemble, ou l'un après l'autre, aussi souvent qu'on prétend avoir observé des sarcocèles doubles? Non, à beaucoup près; et quand une première opération faite à un sein ne procure pas une gué-

rison parfaite, voit-on souvent la maladie se reproduire du côté opposé? Non encore; cette affection successive des deux seins est tout aussi rare que leur affection simultanée. J'ai eu fort souvent à m'applaudir d'avoir réglé ma conduite d'après ces vues, et je suis encore à faire une double opération de sarcocèle, ou la castration deux fois au même homme pour deux sarcocèles proprement dits. » (Roux, *art. cité.*)

Pronostic. Il ressort trop clairement de tout ce que nous avons dit pour qu'il soit nécessaire d'y insister d'une manière particulière : il est évident que le cancer du testicule est une affection éminemment grave, qu'elle prive l'homme d'un organe important et que souvent elle compromet la vie. Remarquons cependant que les différentes espèces de sarcocèle ne présentent pas ou ne paraissent pas présenter toutes le même degré : car il n'y a pas dans toutes absolument la même disposition à une issue funeste, la maladie étant abandonnée à elle-même, ni lorsqu'on enlève l'organe affecté la même tendance à se reproduire dans d'autres parties plus ou moins éloignées. Ainsi, l'on croit avec beaucoup d'apparence de raison que le squirrhe a une marche beaucoup plus lente, et tend beaucoup moins à se reproduire que l'encéphaloïde; mais la même variété de cancer a elle-même des différences considérables dans sa marche ainsi que nous l'avons déjà dit, et lorsqu'on verra que depuis long-temps une tumeur cancéreuse est stationnaire ou à peu près, on pourra espérer de la voir s'arrêter définitivement, ou du moins marcher assez lentement pour ne pas abréger de beaucoup les jours du malade, pronostic important pour le traitement, surtout quand le malade est un vieillard.

Causes du cancer du testicule. Les causes du sarcocèle sont fort obscures et celles que l'on a admises généralement l'ont été plutôt par analogie que d'après une démonstration rigoureuse. La véritable cause, la cause *sine quâ non*, échappe presque toujours. Il est important de se pénétrer de cette vérité bien reconnue par Boyer : Différentes causes locales, dit-il, peuvent provoquer le développement du sarcocèle; mais elles n'en sont pas la cause prochaine ou efficiente. Cette cause, comme celle des maladies cancéreuses qui se forment dans d'autres organes, est une disposition intérieure à laquelle on a donné le nom de diathèse cancéreuse ou disposition au cancer. Cette disposition intérieure dont la nature est inconnue, et qui ne s'annonce par aucun signe particulier, peut donner lieu au sarcocèle sans le concours d'aucune cause extérieure ou déterminante. Combien de fois n'ai-je pas vu cette maladie se déclarer sans que le testicule eût éprouvé aucune lésion externe! Et dans le cas où le sarcocèle se développe à la suite d'une légère contusion, d'un léger froissement du testicule ou d'un effort, il y a une si grande disposition entre la cause présumée et l'effet, qu'un esprit judicieux ne peut s'empêcher de ne regarder cette cause que comme une circonstance accidentelle qui a mis en jeu, si l'on peut ainsi parler, la diathèse cancéreuse, sans laquelle toute cause extérieure ne pouvait jamais produire le cancer du testicule.

Voici maintenant l'énumération des causes du sarcocèle telle que la donne M. Roux :

« Peu fréquent dans la jeunesse, le cancer du testicule est surtout commun chez les adultes, depuis la vingt-cinquième jusqu'à la cinquantième année, époque qui répond à la période de la grande activité des fonctions génératrices, temps pendant lequel les irritations des testicules causées par l'abus ou la privation des plaisirs vénériens, les maladies syphilitiques, peuvent être pour beaucoup dans la production de la maladie : cependant on l'a observé quelquefois chez des individus non encore parvenus à l'âge de la puberté. Quoi qu'en ait dit Fabrice de Hilden, les deux testicules sont aussi souvent malades l'un que l'autre, et ce chirurgien, en prétendant que le sarcocèle se développe plus souvent dans le testicule droit que dans le gauche, a mis en avant un fait que les observations ultérieures n'ont point confirmé. La maladie attaque bien rarement les deux testicules à la fois, ou même successivement; et même lorsqu'après la castration faite

d'un côté pour un véritable sarcocèle, il y a reproduction d'une affection cancéreuse, ce n'est presque jamais dans le testicule qui a été conservé, lequel reste sain, mais bien au contraire dans d'autres organes plus ou moins éloignés, dans ceux surtout que renferme la cavité abdominale, où se développent sur le trajet des cordons spermatiques des masses squirrheuses ou cancéreuses plus ou moins considérables. L'influence de tel ou tel tempérament sur la production du sarcocèle cancéreux a sans doute été exagérée ; mais il ne faut pas non plus la rejeter entièrement : il est incontestable que cette affection se manifeste bien plus souvent chez les individus lymphatiques et sanguins que chez ceux qui présentent les caractères ou les traits de tout autre tempérament. Certaines professions peuvent être rangées au nombre des causes prédisposantes de la maladie qui nous occupe ; toutes celles, par exemple, dans lesquelles les testicules sont exposés à être plus ou moins fréquemment heurtés ou contus. Il en est de même de l'habitude de l'équitation, dont l'influence sur le développement de la plupart des affections des testicules, et sur celui du sarcocèle en particulier, ne saurait être révoquée en doute. Faut-il encore, à l'exemple de certains auteurs, ranger au nombre des prédispositions au sarcocèle cancéreux l'habitation des lieux malsains, l'usage d'une mauvaise nourriture, l'abus des liqueurs spiritueuses ou alcooliques, et surtout ces affections si vives de l'âme, ces chagrins si profonds auxquels sont également soustraits les enfants par l'extrême mobilité de leur caractère, et les vieillards par l'affaissement graduel de leur sensibilité physique et morale. Le sarcocèle cancéreux peut être déterminé par l'action de toute cause mécanique susceptible de produire quelques irritations du testicule. Il succède souvent aux contusions, aux froissements éprouvés par le testicule, à des attouchements réitérés sur ces organes, doués comme on le sait d'une grande sensibilité, à une compression brusque ou lentement exercée sur eux. Lassus rapporte avoir inutilement extirpé un sarcocèle développé par suite de la compression qu'exerça pendant long-temps un bandage herniaire appliqué sur un testicule arrêté au niveau de l'anneau inguinal, et formant une tumeur qui fut prise pour une hernie. J'ai vu des cas semblables. Enfin on voit quelquefois le sarcocèle succéder à une inflammation du testicule, surtout quand elle est passée à l'état chronique. Le temps n'est plus où l'on regardait la macération du testicule dans la sérosité d'une hydrocèle comme une cause susceptible d'amener sa dégénération cancéreuse. Telles sont les causes les plus fréquentes du sarcocèle cancéreux ; mais leur action a été si légère dans la plupart des cas et, dans d'autres, cette maladie se développe si manifestement sans l'intervention d'aucune cause extérieure, qu'on ne peut guère se refuser à admettre un certain état intérieur de l'économie, une prédisposition cachée, sous l'influence de laquelle le sarcocèle, dans la plupart des cas, naît, se développe et repullule après l'extirpation des parties primitivement malades. » (Roux, *loco cit.*, p. 500.)

Ast. Cooper était d'avis que la maladie était tantôt locale, tantôt générale ; mais ce qu'il y a de curieux, c'est qu'il constate la tendance à la récidive même dans les cas qu'il considère comme locaux. Il termine le chapitre qu'il consacre à l'étiologie par le passage suivant, qui est loin de faire honneur à son jugement et à sa méthode d'exposition : « L'état du sang favorise aussi la production de la maladie ; car, chez quelques sujets au moins, il arrive quelquefois que le sang tiré du bras, ou de la tumeur fongueuse, se coagule très-faiblement par suite de l'absence de fibrine saine, et que le sérum est abondant et d'une couleur jaune-foncé. » On ne voit pas trop ce que prouverait l'état du sang altéré à l'époque où le cancer est formé en faveur de son action délétère sur la formation même de la tumeur. Ajoutez à cela qu'Ast. Cooper ignorait parfaitement, comme on l'ignore encore, la différence qu'il y a entre une fibrine saine et une fibrine malsaine.

Traitement. Il est rare de trouver une similitude d'opinions plus grande que celle qui existe sur l'inutilité des moyens thérapeutiques tant internes qu'externes

employés contre le cancer du testicule ; d'ailleurs comme ces moyens ne diffèrent en rien de ceux qu'on emploie contre le cancer en général, il n'y a aucun inconvénient à les passer ici sous silence. Nous nous contenterons en conséquence d'indiquer les principaux palliatifs, et nous aborderons ensuite la grave question de l'amputation du testicule.

Les palliatifs doivent avoir pour but et de soutenir la constitution du malade et de calmer les douleurs quand elles existent. La première indication sera remplie à l'aide de préparations toniques, minérales et végétales, à l'aide d'une nourriture substantielle, d'une petite quantité de vin généreux, et surtout par une bonne exposition d'habitation et un exercice modéré soit à pied, soit dans une voiture ou une chaise bien suspendue. La seconde indication exige l'emploi des narcotiques locaux ou généraux : les fomentations d'eau de pavots, les cataplasmes laudanisés sur la tumeur, les bains de siége avec de l'eau de morelle ; à l'intérieur les préparations opiacées, celles de belladone, de ciguë, le cyanure de potassium, le valérianate de zinc, tels sont les principaux moyens à mettre en usage. Lorsque les parties voisines de la tumeur viendront à s'enflammer et que le malade ne sera pas trop faible, on pourra y appliquer des sangsues. Dans ces cas comme dans tant d'autres les Anglais, et Ast. Cooper en particulier, conseillent le calomel ; nous pensons que l'on doit s'abstenir avec le plus grand soin de tous les moyens capables de déranger même momentanément les fonctions digestives, car c'est sur leur intégrité que repose le seul espoir de salut du malade.

Castration. Lorsqu'on ne peut pas s'en tenir aux palliatifs, on a recours à l'ablation de la tumeur, ou à ce qu'on a appelé la *castration*. Cette opération doit être envisagée d'abord au point de vue de son utilité d'une manière générale, puis de son opportunité suivant les cas particuliers. Ces questions étant fort graves, nous passerons en revue en ce qui les concerne l'opinion des principaux chirurgiens. Ast. Cooper, après avoir énuméré les moyens pharmaceutiques que l'on peut mettre en usage contre la maladie cancéreuse, poursuit : « Mais aussitôt qu'il est certain que la maladie est de nature fongueuse (c'est-à-dire encéphaloïde, Ast. Cooper professant d'ailleurs les mêmes opinions relativement au squirrhe) on ne doit point perdre de temps en essais thérapeutiques, si ce n'est pour modifier avantageusement la constitution. Il vaut beaucoup mieux se hâter de pratiquer l'opération ; et c'est après avoir enlevé le siége de la maladie, qu'on fera prendre, pendant plusieurs semaines, les médicaments qui doivent agir sur l'ensemble de l'économie.

» Parmi toutes les opérations chirurgicales, il y en a à peine une qui offre aussi peu de chances de succès que celle de la castration dans cette maladie. Il n'y a aucun espoir de sauver la vie du malade, si l'opération n'est pas faite aussitôt que la nature du mal est connue.

» Mais si l'on a attendu que le testicule ait atteint un volume considérable, si le cordon spermatique est malade, ne fût-ce qu'au voisinage de l'anneau, si l'appétit est perdu, s'il y a des vomissements de temps en temps, des douleurs dans l'abdomen, de la sensibilité à la pression, tantôt de la diarrhée, tantôt de la constipation, alors, quoiqu'on ne puisse sentir aucune tumeur, cependant la maladie se renouvellera dans quelque autre partie du corps après l'opération.

» Une des causes de l'inutilité de cette opération, c'est le retard qu'on y apporte, soit par suite de l'aversion que l'on a naturellement contre toute opération, soit par suite du désir qu'on a de conserver la partie malade. On renouvelle les essais avec les moyens tant généraux que locaux, jusqu'à ce qu'on ait laissé s'écouler la période pendant laquelle l'opération aurait pu réussir.

» Je suis d'avis que l'opération ne doit jamais être faite plus de trois mois après le commencement de la maladie, si le traitement indiqué ci-dessus a été convenablement dirigé. Dans les observations du docteur Blackmann, qui sont rapportées ci-après, l'opération pratiquée quatre mois après qu'on eut reconnu la maladie, et avant que tout le testicule fût affecté, n'eut aucun succès. » (*Loco cit.*)

Il est remarquable qu'Astley Cooper, malgré la facilité avec laquelle il enlevait le testicule, exprime cependant l'opinion que dans le cancer l'opération ne doit *jamais* être faite plus de trois mois après le commencement de la maladie. C'est là une contre-indication qui n'avait point été signalée, les auteurs jusqu'à présent s'étant surtout guidés d'après l'état des parties voisines. Voici comment s'exprime Boyer :

« Le traitement du sarcocèle consiste dans l'ablation de la tumeur, lorsque rien ne contre-indique cette opération. On a conseillé d'avoir recours aux saignées modérées, quand elles sont indiquées, à des aliments aisés à digérer, aux boissons délayantes, aux doux laxatifs, aux topiques résolutifs et fondants, aux préparations mercurielles, etc. Ces moyens peuvent être employés lorsqu'il reste de l'incertitude sur le diagnostic, lorsque le sarcocèle ne fait que commencer ; mais une fois qu'il se montre avec les signes qui le caractérisent il y aurait les plus grands inconvénients à se borner à l'emploi de remèdes aussi peu efficaces et à différer une opération qui offre des chances d'autant plus favorables, qu'on se hâte davantage de la pratiquer, et qui, loin d'être utile quand on y a recours trop tard, ne fait qu'avancer les progrès de la maladie et la mort du malade. Mais avant d'entreprendre cette opération il est de la plus grande importance de connaître les circonstances qui la rendraient inutile et même dangereuse, et qui doivent, par conséquent, empêcher qu'on ne la tente.

» A quelque degré que soit parvenue l'altération du testicule lui-même, elle n'apporte aucun obstacle à l'opération : son volume, sa dureté, les douleurs dont il est le siége, son ulcération même ne la contre-indiquent pas. Il en est autrement de l'état du cordon spermatique, de celui de l'abdomen et de l'habitude générale du malade.

» Toutes les fois que le cordon spermatique est squirrheux jusqu'à l'anneau inguinal, on doit s'abstenir d'une opération qui n'emporterait qu'une partie du mal. On a proposé, dans ce cas, de fendre l'anneau inguinal et de suivre le cordon dans le ventre, pour en faire la ligature au-dessus de la partie malade. Mais quel est le chirurgien prudent et judicieux qui osera entreprendre une pareille opération? Ledran l'a pratiquée une fois. Après avoir fendu l'anneau et les muscles du bas-ventre le long du cordon, il fit la ligature de celui-ci à la hauteur de la crête de l'os des iles; c'était là que finissait la dureté du cordon. Le malade fut saigné deux fois le jour de l'opération, et il le fut encore dans la nuit ; mais malgré cela l'inflammation s'empara du ventre ; le malade y sentit de vives douleurs ; il mourut le sixième jour. A l'ouverture de son corps on trouva un gonflement inflammatoire dans tout l'abdomen, et les vaisseaux spermatiques variqueux au-dessus de la ligature, mais sans aucune dureté. L'engorgement squirrheux du cordon spermatique, qui s'étend jusqu'à l'anneau inguinal, est donc une contre-indication formelle à l'opération de la castration ; mais il ne faut pas confondre cet état squirrheux du cordon avec le gonflement variqueux, l'œdème et l'hydrocèle enkystée, dont il est quelquefois le siége.

» Si le volume, la consistance des vaisseaux du cordon ne sont pas altérés, l'engorgement du cordon ne contre-indique pas l'opération ; si au contraire après avoir cédé à la pression des doigts le cordon paraît encore former une masse dure, résistante, noueuse, douloureuse au toucher, on a acquis la certitude de la dégénération squirrheuse de cette partie et de l'inutilité de la castration.

» L'accumulation de la sérosité dans un sac qui s'étend le long du cordon, peut aussi quelquefois en imposer pour une extension du cancer du testicule au cordon lui-même. Pott a observé deux exemples de ce genre. En explorant le cordon avec toute l'attention convenable il distingua la fluctuation ; il fit une ponction par laquelle il donna issue au liquide épanché, et reconnut que le cordon était sain. Il procéda immédiatement à l'opération, qui fut suivie d'un plein succès. Dans les cas certains cette opération peut être faite ; elle est nuisible, sans doute, si la castration est impraticable; mais dans la supposition contraire elle peut

faire reconnaître la possibilité de cette dernière ressource.

» L'augmentation de volume du cordon spermatique dépend quelquefois d'une petite hernie intestinale dont le malade ignore l'existence, ou dont il croit ne devoir point parler à son chirurgien, parce qu'elle est absolument exempte d'accidents. On juge que le volume du cordon tient à cette cause par la diminution qu'on lui fait éprouver en réduisant la hernie. Dans ce cas, si on en vient à l'opération avant de la pratiquer, il faut réduire la hernie, sans quoi on serait exposé à blesser l'intestin, comme cela est arrivé quelquefois.

» En examinant le cordon spermatique on doit donner une attention particulière à l'état du canal déférent.

» Quelquefois ce canal est beaucoup plus gros que dans l'état naturel, pendant que le cordon est sain d'ailleurs. Cet état du canal déférent n'est pas une contre-indication précise à l'opération ; mais il doit faire craindre la récidive de la maladie. J'ai observé, en effet, que tous les malades chez lesquels j'ai trouvé ce canal gonflé, son diamètre augmenté et rempli d'une matière blanchâtre, sont morts plus ou moins long-temps après l'opération, avec des tumeurs cancéreuses dans l'abdomen.

» Avant de se décider à pratiquer l'extirpation d'un sarcocèle on doit palper soigneusement l'abdomen, afin de s'assurer de l'état des parties qui y sont contenues. Si l'on y reconnaît quelque tumeur, n'importe l'endroit qu'elle occupe, on a tout lieu de craindre qu'elle ne soit cancéreuse, et la castration n'offre que des chances fâcheuses. On pourrait tout au plus alors employer des moyens propres à résoudre la tumeur abdominale ; et, dans la supposition que l'on obtiendrait ce résultat, il serait permis de tenter ensuite l'ablation du testicule, pourvu qu'elle ne fût contre-indiquée par aucune autre circonstance.

» Enfin, dans quelques cas, la cachexie cancéreuse est déjà établie et, bien que le cordon soit sain, que le bas-ventre le paraisse aussi, on doit s'abstenir d'opérer.» *Loco cit.*)

Pour M. Roux les indications sont plus positives, les contre-indications moins nombreuses que pour Boyer, bien que ce dernier sur la fin de sa carrière fût encore plus avare d'opérations qu'il ne le dit dans son livre.

Dès que les circonstances ne permettent plus d'avoir de doutes sur la nature de la tumeur « il y a, dit M. Roux, nécessité pressante d'en venir à l'ablation de la partie infectée : on ne peut temporiser ici, comme on peut le faire à peu près impunément dans le sarcocèle tuberculeux : dès l'instant qu'il n'y a plus de doute sur la nature squirrheuse, et à plus forte raison sur l'état plus ou moins avancé de dégénération cancéreuse d'une tumeur des bourses, tout retard apporté à l'opération devient funeste, le moindre délai ne peut qu'être préjudiciable. Combien d'individus affectés de sarcocèle sont victimes, les uns de leur insouciance ou de leur pusillanimité, les autres de la négligence ou de l'impéritie des hommes dont ils ont suivi les conseils ! combien n'en voit-on pas auxquels l'art ne peut offrir que des consolations et quelque allégement à leurs souffrances, leur maladie étant arrivée à un point qui ne permet plus d'entreprendre aucune opération ! » (Roux, *loc. cit.*)

On voit que M. Roux ne semble pas partager l'opinion de Cooper, qui dit que dans toute la chirurgie *il n'y en a peut-être pas une qui offre aussi peu de chances de succès que la castration*, puisque le chirurgien français exprime par l'exclamation *Combien !* toutes les victimes des mauvais conseils, c'est-à-dire, par conséquent, tous les malades que l'opération aurait pu sauver.

« Pour être l'unique ressource de l'art contre tout sarcocèle bien caractérisé, poursuit M. Roux, la castration n'est cependant pas indiquée dans tous les cas sans exception : il n'en est que trop dans lesquels on doit éloigner toute idée d'opération, soit à cause de l'extension qu'a prise la maladie, soit à cause du mauvais état général du malade. Les contre-indications ne dérivent jamais de l'état sous lequel peut se présenter la tumeur elle-même : qu'elle soit très-volumineuse ; qu'elle adhère plus ou moins fortement

aux parties voisines, à l'urètre, au corps caverneux ; que la peau qui la recouvre soit ulcérée ; ces circonstances peuvent exiger des modifications dans le procédé opératoire, elles peuvent faire naître des difficultés dans l'exécution même de l'opération, mais ne la contre-indiquent point. Il n'en est pas de même lorsque la maladie, quel qu'en ait été le siége primitif, a envahi le cordon spermatique ; et pourtant encore, il faut distinguer à cet égard deux cas : l'engorgement du cordon peut être borné à l'ouverture inférieure du canal inguinal ; on doit encore tenter l'opération, dans laquelle toutefois, indépendamment de l'incertitude plus grande d'un résultat avantageux, il faut s'attendre à des difficultés pour la ligature des artères spermatiques. Mais c'est le cas d'agir d'après l'adage de Celse (Melius anceps remedium experiri quam nullum). L'engorgement du cordon s'étend-il au contraire au delà du canal inguinal, ou seulement jusque dans l'intérieur de ce canal, il n'est plus permis d'entreprendre l'opération : faire autrement, ce serait encourir le reproche d'une coupable témérité, j'ai presque dit d'ignorance et d'impéritie : je le dirais, si je ne savais pas que dans un cas du genre de ceux que je suppose, Le Dran s'est décidé à fendre le canal inguinal dans toute sa longueur, et à faire la ligature du cordon spermatique au niveau de la crête de l'os des iles.

» La castration est encore bien plus positivement contre-indiquée quand en explorant avec soin l'abdomen on découvre une tumeur, un engorgement dans l'un des viscères que cette cavité renferme, ou dans quelqu'une des régions occupées par les ganglions lymphatiques ; elle ne l'est pas moins dans les cas où alors même que le cordon spermatique paraît jouir d'une intégrité parfaite, alors aussi qu'on ne découvre dans l'abdomen aucune altération organique coïncidant avec le sarcocèle, le malade est en proie à des symptômes bien caractérisés de cachexie cancéreuse. » (Roux, *loc. cit.*)

M. Vidal est plus circonspect que tous les auteurs précédents, et pour lui les indications positives sont si difficiles à rencontrer d'une manière non équivoque, que la constatation de cette difficulté équivaut presque à une condamnation de l'opération.

« L'ablation du testicule, dit M. Vidal, est une opération très-grave ; on ne doit l'entreprendre que pour des dégénérescenses malignes, pour les vrais cancers du testicule. Selon moi, A. Cooper se décidait un peu trop facilement à cette opération. Ainsi il m'est impossible d'approuver les castrations qu'il a pratiquées pour des cas de névralgie des testicules, et souvent il a conseillé cette opération pour des kystes dont l'influence n'est pas suffisamment nuisible.

» C'est donc pour les squirrhes et les encéphaloïdes du testicule, qu'il faut réserver la castration. Mais la récidive presque immanquable de ces dégénérescences, surtout de l'encéphaloïde, devra faire encore hésiter l'opérateur et le rendre surtout très-réservé dans les promesses de guérison qu'on pourra lui demander. L'opération ne doit être entreprise que quand les bornes du mal sont bien établies, et quand l'état général peut faire espérer que si la récidive a lieu, elle n'arivera que plus ou moins tard. Mais que cette appréciation est difficile ! que de perspicacité il faudrait à un praticien pour pressentir avec succès les dispositions de l'organisme, quand on va entreprendre une pareille opération ! On a vu des opérations pratiquées, pour des cancers très-peu avancés, très-bornés, sur des sujets dont la constitution paraissait excellente ; on a vu ces opérations être suivies avec une rapidité effrayante d'une infiltration de la matière cancéreuse dans les viscères, surtout dans le foie. » (Vidal, *Du sarcocèle.*)

M. Curling partage tout à fait la circonspection de M. Vidal. Après avoir constaté que le cancer, surtout l'encéphaloïde, est la maladie qui en est l'issue la plus funeste ; après avoir constaté l'inefficacité de tous les moyens pharmaceutiques que l'on pouvait employer contre elle, il dit que l'opération de la castration est la seule ressource que l'on puisse essayer. « Malheureusement, ajoute-t-il, cette ressource est excessivement exposée à l'insuccès, la maladie récidivant en général soit dans les lymphati-

ques, soit dans les organes internes, soit dans la plaie elle-même. Des cas nombreux de récidive ont été publiés par tous les chirurgiens, et les insuccès ont été démontrés tels que la nécessité de recourir à l'opération a été fortement mise en question. Je connais à peine un seul cas d'amputation du testicule, pratiquée pour un cancer, dans lequel le malade ait survécu pendant un temps assez long. Ast. Cooper a rapporté cinq cas dans lesquels la maladie a récidivé, mais aucun dans lequel l'opération ait eu un résultat définitif favorable. Brodie déclare qu'il n'a jamais connu qu'un cas dans lequel la récidive de la maladie n'ait pas eu lieu. Le malade était un courrier français ; trois ou quatre ans après, Brodie apprit qu'il allait bien. L'opération cependant a réussi dans un petit nombre de cas qui ont ensuite été perdus de vue. » (*Loco cit.*)

Telles sont les opinions des auteurs les plus compétents sur l'amputation du testicule. Il y a une remarque importante à faire au point de vue pratique sur l'ensemble de ces opinions : c'est que les jeunes chirurgiens, comme MM. Vidal, Curling, etc., qui, grâce aux progrès de l'anatomie pathologique, savent mieux distinguer les productions cancéreuses de celles qui ne le sont point, ces chirurgiens sont moins partisans de l'amputation du testicule que leurs devanciers; une autre remarque, c'est que ces derniers eux-mêmes se sont toujours montrés plus circonspects sur la fin de leur carrière qu'au commencement, ce qui indique suffisamment combien d'insuccès ils avaient éprouvés. La conclusion naturelle qui nous semble découler de ces faits, c'est que la meilleure pratique à suivre dans le traitement du cancer, c'est celle des auteurs les plus avares d'opérations.

Lorsqu'avec toute la réserve qu'implique la proposition précédente, on s'est néanmoins décidé à pratiquer l'amputation du testicule, voici, d'après M. Roux, les principes que l'on doit suivre.

« Il s'agit bien, dans toute castration, d'enlever le testicule en le séparant des parties auxquelles il est naturellement uni, et en faisant la section du cordon spermatique plus ou moins près de l'anneau inguinal : cette opération serait même soumise à des règles invariables si le sarcocèle se montrait toujours sous la forme d'un moyen volume, mobile sous la peau qui le recouvre, séparé de l'anneau par un intervalle assez grand dans lequel le cordon spermatique est sain ou à peu près sain, et n'étant accompagné ni d'ulcérations au scrotum, ni d'engorgement dans les glandes inguinales, etc. Telle est, à la vérité, sa manière d'être dans le plus grand nombre des cas où l'opération est indiquée. Mais diverses circonstances dont le sarcocèle est assez fréquemment accompagné, exigent, chacune en particulier, qu'on s'éloigne plus ou moins, pour l'opération, du procédé le plus généralement applicable : tels sont le volume extraordinaire de la tumeur ; l'ulcération des téguments avec ou sans engorgement des glandes inguinales ; la présence d'une certaine quantité de sérosité dans la tunique vaginale ; l'engorgement du cordon spermatique très-près de l'anneau, ou même jusqu'au-dessus de cette ouverture ; enfin une disposition telle du testicule avant le développement de la maladie que la tumeur, au lieu d'être placée au-dessous de l'anneau, et d'y tenir par le cordon ou sain ou engorgé, est en contact immédiat avec cette ouverture et les parties circonvoisines des parois de l'abdomen. Disons tout de suite quelles modifications doit subir l'opération dans chacune de ces circonstances ; nous la décrirons ensuite telle qu'on la pratique dans les cas les plus ordinaires et les plus simples.

» Quand la tumeur présente un grand volume, il serait désavantageux de conserver toute la peau qui la recouvre, il faut en emporter une portion plus ou moins considérable, selon que la tumeur est plus ou moins volumineuse ; et cette partie de la peau qu'on retranche reste attachée à la tumeur après qu'on l'a circonscrite entre deux incisions semi-elliptiques réunies à l'anneau et à la partie la plus déclive du scrotum ; l'opération est continuée comme si l'on avait fait à la peau des bourses une seule incision longitudinale.

» On se conduit de la même manière

lorsque la peau, qui recouvre le sarcocèle, sans avoir une énorme distension, a seulement contracté en devant, comme cela est assez fréquent, des adhérences intimes avec la tumeur, et aussi lorsqu'elle est le siége d'ulcérations. Toutefois, dans ces deux cas, il n'est pas toujours nécessaire de retrancher une grande portion de la peau, ni d'y faire deux incisions semi-elliptiques de même forme et de même grandeur exactement. On peut, après avoir fait une première grande incision recourbée en dehors ou en dedans de l'axe de la tumeur, commencer la seconde sur un point quelconque de la première, et à une distance plus ou moins grande de l'anneau.

» Si jamais des glandes inguinales sont engorgées, complication qui n'a jamais lieu que dans le cas de sarcocèle ulcéré, il faut faire l'extirpation de la tumeur qui en résulte, immédiatement avant ou immédiatement après l'ablation du testicule; il est à remarquer que cette complication est rare, même dans les cas d'ulcérations au scrotum. Je ne l'ai vue encore que deux fois; du moins deux fois seulement ai-je dû joindre une seconde opération à la castration proprement dite; et, dans l'un de ces deux cas, l'ablation de la tumeur de l'aine n'a pas été sans présenter quelques difficultés à cause de l'application immédiate des glandes engorgées sur l'artère crurale.

» Une autre source de particularités dans l'opération du sarcocèle, c'est la présence d'une certaine quantité de sérosité autour du testicule dégénéré. C'est le cas d'un sarco-hydrocèle. Quelquefois il reste au chirurgien des doutes sur la nature de la tumeur, c'est-à-dire sur l'existence du sarcocèle ; alors on doit commencer par faire une simple ponction, et d'après l'état dans lequel on trouve le testicule après l'issue de la sérosité, on se décide ou bien à poursuivre l'opération ordinaire de l'hydrocèle, ou bien à pratiquer la castration pour laquelle tout avait été préparé. Dans ce dernier cas, on a soin de faire tomber l'incision des téguments sur la plaie qui a été faite avec le trois-quarts ; il faut s'attendre à éprouver quelques difficultés dans la dissection de la tumeur à cause de la flaccidité des parois du pérididyme, naguère distendues par la sérosité ; d'autres fois, malgré la présence d'une quantité plus ou moins grande de sérosité dans la tunique vaginale, on est bien certain qu'il existe un sarcocèle ; une ponction préliminaire est donc inutile ; on doit de prime abord inciser la peau, la disséquer en avant et sur les côtés de la tumeur ; mais avant d'isoler entièrement cette dernière, on y plonge la pointe du bistouri ; le liquide qu'elle contenait étant écoulé, on juge encore plus sainement de l'état du testicule ; l'ablation devant en être faite, il devient plus facile d'isoler le cordon spermatique, souvent caché par la tunique vaginale qui s'étend jusque vers l'anneau inguinal, comme aussi d'achever l'entière séparation de la tumeur dont on a diminué le volume ; et, si par hasard la maladie consistait en une hydrocèle seulement, on éviterait la faute grave d'enlever un testicule sain ; mais alors il faudrait terminer l'opération pour l'hydrocèle en excisant le pérididyme.

» Dans le cas où le cordon testiculaire est engorgé, on doit, après avoir isolé la tumeur principale, disséquer soigneusement ce cordon, et le séparer des parties auxquelles il est uni jusqu'au delà des limites de l'engorgement, il se peut même qu'on soit dans la nécessité de fendre l'anneau pour atteindre à une partie saine ; et que de soins ne faut-il pas pour se prémunir contre la rétraction de ce qui reste du cordon après qu'il est coupé, jusqu'à ce qu'on ait fait la ligature des artères qui entrent dans sa composition ! Ces dernières précautions doivent encore être portées plus loin, et sont bien autrement nécessaires dans les cas où le cordon même étant sain, la tumeur qui représente le testicule malade, au lieu d'être pendante dans le scrotum, touche immédiatement à l'anneau inguinal, sur lequel elle est appliquée, ou, ce qui est plus fréquent, se trouve à demi engagée dans cette ouverture, ou appliquée en partie sur la paroi antérieure de l'abdomen. Vraiment alors la castration diffère autant que possible, sous tous les rapports, de ce qu'elle est dans les circonstances ordinaires, elle

sort tout à fait des règles communes; il y a plus, dans chacun des cas de ce genre qui se présentent, il faut y procéder d'une manière particulière; c'est du moins la nécessité où je me suis trouvé un certain nombre de fois; c'est ce qui fait que je m'abstiens d'établir à cet égard aucun précepte général.

» Maintenant que nous avons exposé rapidement certaines particularités de l'opération du sarcocèle, il s'agit de décrire cette opération telle qu'on la pratique le plus ordinairement, et surtout dans les cas où l'état des parties affectées permet d'y procéder par extirpation, c'est-à-dire en conservant toute la peau du scrotum.

» Tout importante qu'elle paraît, la castration expose bien rarement par elle-même à des accidents graves ; aussi n'est-il pas besoin d'y préparer longuemeut l'individu qui doit la subir : il suffit que la veille du jour où l'opération doit être faite, il prenne un peu moins d'aliments qu'à l'ordinaire et qu'on lui administre un ou deux lavements. Immédiatement avant l'opération, le pénil et le scrotum doivent être rasés, soit du côté malade seulement, soit et mieux encore, des deux côtés. Tant pour l'opération elle-même que pour le pansement qui doit suivre, on prépare un ou deux bistouris droits ou convexes, des pinces à ligatures, quelques fils cirés, des éponges, un petit linge destiné à envelopper les extrémités des ligatures, une autre grande pièce de linge fin, qui doit couvrir la surface même de la plaie, de la charpie en boulettes et en gâteaux, plusieurs compresses longuettes, une seule bande de 7 à 8 aunes et roulée à un seul globe. Le malade doit être couché en supination sur son lit ou sur une table garnie d'un matelas : on lui élève le bassin en plaçant sous les fesses un oreiller ou un coussin recouvert d'une alèze pliée en plusieurs doubles.

» L'opérateur se place à sa droite, de quelque côté qu'existe la maladie ; plusieurs aides sont chargés de prévenir les mouvements que le patient pourrait faire, et l'un d'eux, placé à la gauche, est chargé de seconder immédiatement le chirurgien dans presque toutes les manœuvres de l'opération. Tels sont les apprêts immédiats de la castration, dont l'exécution même comprend quatre choses principales et très-distinctes les unes des autres : 1° l'incision des téguments du scrotum depuis un peu au-dessus de l'anneau inguinal jusqu'à la partie la plus déclive de la tumeur ; 2° l'isolement de celle-ci et du cordon spermatique ; 3° la section de ce cordon à une hauteur différente, selon qu'il est sain ou malade ; 4° enfin la ligature de vaisseaux assez nombreux contenus dans l'épaisseur de ce dernier, ou disséminés à la surface de la plaie. Ces temps divers de la castration ne doivent pas se succéder nécessairement et toujours dans l'ordre suivant lequel nous venons de les indiquer. Déjà il est avantageux de suspendre un moment le jeu du bistouri immédiatement après avoir incisé la peau, et le tissu cellulaire sous-cutané, pour procéder à la ligature des artères honteuses externes divisées dans le premier temps de l'opération : le sang qui s'écoulerait de ces vaisseaux ou les doigts des aides qu'on chargerait de les comprimer jusqu'à la fin de l'opération si l'on n'en pratiquait pas immédiatement la ligature, embarrasseraient l'opérateur. Quelques chirurgiens ont proposé de disséquer et de couper le cordon spermatique immédiatement après avoir incisé la peau, et avant de procéder à la dissection de la tumeur.

» C'est ce que conseillerait Sabatier, et c'est ainsi qu'il décrit la castration dans son ouvrage. C'est ce que je me rappelle avoir vu faire à la plupart des chirurgiens anglais, lorsque je visitai Londres pour la première fois en 1814. On avance deux choses en faveur de ce procédé : la première, que le cordon n'ayant encore éprouvé aucune rétraction au moment où il est divisé, la section peut en être faite aisément au-dessus des limites de la maladie ; la seconde, que la dissection de la tumeur sera moins douloureuse, parce qu'avant d'y procéder on aura coupé les troncs de beaucoup de filets nerveux ramifiés à la surface du pérididyme ; mais ces avantages sont tout à fait nuls, ou se réduisent à fort peu de chose : d'une part en effet, les principaux filets nerveux qui se perdent dans le tissu cellulaire du scrotum ne viennent pas des

nerfs du cordon spermatique ; et d'un autre côté si l'opération du sarcocèle est faite dans des circonstances favorables, la rétraction légère que peut éprouver le cordon avant d'être divisé, et par le fait de l'isolement de la tumeur, ne fait jamais naître la moindre difficulté pour la section de ce cordon au-dessus des limites de la maladie ; il y a plus, la section du cordon faite avant que la tumeur soit isolée du scrotum a des inconvénients réels : qu'on se représente, en effet, la tumeur ayant un volume un peu plus considérable, et le cordon ne conservant son intégrité que dans un petit espace au-dessous de l'anneau, ce ne serait pas sans peine qu'on parviendrait à saisir ce faisceau vasculaire et nerveux au fond de la plaie, à l'isoler pour en faire la section, et si la tumeur était en contact immédiat avec l'anneau, les difficultés seraient plus grandes encore ; puis en supposant cette section faite méthodiquement, à moins qu'on n'embrasse le cordon tout entier dans une seule ligature, il faudra ou faire sur-le-champ la ligature immédiate des artères qui entrent dans sa composition, ce qui peut éloigner beaucoup le terme des plus vives souffrances du malade, ou bien confier à un aide le soin de retenir et de comprimer la portion du cordon qu'on a pu conserver au-dessous de l'anneau inguinal jusqu'à ce que l'opération soit terminée, au risque d'être gêné pour la dissection de la tumeur par les doigts de cet aide, ou encore de voir le cordon lui échapper et se rétracter jusqu'au-dessous de l'anneau inguinal, qu'on sera peut-être dans la nécessité d'inciser. Assurément le mieux serait d'entourer le cordon d'un ligature d'attente, et c'est ainsi qu'il faudrait faire si l'on tenait beaucoup à le couper avant de disséquer la tumeur.

» Au lieu de pratiquer l'incision de la peau en avant, et depuis l'anneau jusqu'à la partie la plus déclive du scrotum, on peut la faire en bas et en arrière seulement de manière à n'ouvrir que le fond de la poche qui renferme la tumeur. C'est ce qu'avait proposé M. Aumont pour les cas dans lesquels le testicule malade est peu volumineux, et mobile dans le scrotum. Alors en effet, la tumeur, poussée ou pressée de haut en bas, s'échappe entre les bords de la plaie, et quelques brides celluleuses étant coupées, on arrive aisément jusqu'au cordon spermatique, dont il est facile de faire la section, surtout si cette section ne doit pas être faite trop au-dessus de la tumeur ; par ce procédé, l'opération peut être exécutée promptement, d'autant qu'on ne divise point, et que dès lors on est dispensé de lier les artères honteuses externes : il n'est pas besoin de donner à la plaie beaucoup d'étendue : cette plaie qui occupe la partie la plus déclive du scrotum, se prête à être réunie par première intention, et la trace en est à peine visible. Tels sont du moins les avantages que M. Aumont attribuait à sa manière de pratiquer la castration. Je l'ai essayée six fois dans tous les cas. L'opération elle-même a été aussi simple qu'on pouvait le désirer ; mais deux fois seulement la marche de la plaie n'a été entravée par aucun accident : dans les quatre autres cas, des abcès se sont formés à la partie antérieure et supérieure du scrotum ; à ces abcès ont succédé des trajets sinueux pour lesquels il a fallu faire des incisions, ou qui ont même nécessité que j'excisasse des portions de peau. J'ai renoncé au procédé de M. Aumont.

» Cela posé sur les temps divers dont se compose l'opération du sarcocèle, et sur les différentes manières dont on peut les faire succéder les uns aux autres, voici comment il convient de procéder à l'opération elle-même. On commence donc par inciser la peau : pour cela, on la soulève immédiatement au-dessous de l'anneau ; le chirurgien forme là un pli, ou tout à fait tranversal, ou, ce qui est mieux, tant soit peu oblique de dedans en dehors, et de haut en bas, dont il retient avec sa main gauche l'extrémité qui lui correspond, tandis qu'il confie l'autre extrémité à l'aide qui se trouve placé en face de lui. On divise ce pli dans toute sa hauteur, et du même trait d'instrument on prolonge l'incision de la peau jusqu'au bas du scrotum. Pour inciser la peau de cette manière, un bistouri droit est préférable à un bistouri convexe ; ce dernier instrument, au contraire, est celui qu'il

faut employer quand l'embonpoint de la personne qu'on opère, ou le volume de la tumeur, ne permettent point de soulever la peau au-devant du cordon, et qu'il faut la diviser en la laissant appliquée sur les parties qu'elle recouvre. C'est ordinairement après cette première section, ou lorsque, par un second coup d'instrument, l'on a mis plus à découvert le cordon spermatique, que les artères honteuses externes sont divisées ; le sang qu'elles fournissent s'échappe en jets de la lèvre externe de l'incision : pour la raison que j'ai indiquée, on doit en pratiquer incontinent la ligature, et avoir soin, en disséquant la tumeur, de ne porter le bistouri qu'en dedans du fil par lequel elles sont embrassées.

» Vient ensuite le second temps de l'opération, la dissection de la tumeur. C'est d'abord la peau de la partie antérieure du scrotum, qu'on détache de la tumeur en soulevant chacune des lèvres de la plaie, qui a été faite en commençant ; puis c'est la tumeur elle-même qu'on sépare du reste du scrotum. Tant de filets nerveux sont répandus au milieu du tissu cellulaire du scrotum, et cette dissection de la tumeur fait éprouver au patient de si vives douleurs, qu'on ne saurait trop s'attacher à la terminer promptement, attendez-vous toutefois, pour peu que la tumeur soit volumineuse, à ne pouvoir en commencer la dissection qu'avec une certaine lenteur, tandis qu'on peut aller plus vite en finissant, et cela parce que le tissu cellulaire est plus dense en avant qu'en arrière, et que la tumeur est plus lâchement unie au scrotum dans ce dernier sens que dans l'autre. On doit laisser uni à la peau du scrotum le plus possible du tissu cellulaire au milieu duquel la tumeur est plongée, et diriger le tranchant de l'instrument toujours du côté de la tumeur, pour ne point risquer de faire au scrotum une ou plusieurs ouvertures. Il faut également être attentif à ne pas diviser la cloison du dartos, et à ne pas ouvrir le pérididyme du côté opposé : mais ce qu'il faut surtout éviter dans la dissection de la tumeur formée par le testicule c'est la lésion du corps caverneux ou de l'urètre, auxquels adhère quelquefois un sarcocèle très-volumineux. Après avoir isolé complétement la tumeur, on isole pareillement le cordon spermatique, en le détachant de la partie postérieure du scrotum, et de la branche horizontale du pubis jusqu'à l'anneau inguinal.

» Cela fait, le chirurgien confie la tumeur au même aide qui l'a secondé jusqu'alors, et se dispose à couper le cordon spermatique. Sans la présence de plusieurs artères dans l'épaisseur de ce cordon, et la nécessité de se prémunir contre l'hémorrhagie dont ces artères pourraient être la source, et de plus sans la tendance qu'il a à revenir sur lui-même, à se rétracter, sa section ne mériterait pas l'attention qu'y ont apportée les chirurgiens, de tout temps divisés de sentiment, non-seulement sur la manière d'y procéder, mais aussi sur les moyens à employer pour se rendre maître du sang. Les uns ont préconisé la ligature médiate : en l'adoptant, on ne divise le cordon spermatique qu'après l'avoir entouré d'une ligature composée de plusieurs fils, ligature que quelques-uns ne serrent que modérément, que d'autres, au contraire, serrent très-fortement dans la vue d'éteindre sur-le-champ toute sensibilité dans les parties qu'elle embrasse : Sharp avait proposé de la faire en traversant le cordon avec une aiguille enfilée d'un fil double, pour lier ensuite isolément chacune des deux moitiés de ce cordon. Ce procédé, qui rend nuls les effets de la rétraction du cordon spermatique, puisque celui-ci n'est coupé qu'après avoir été lié, mériterait certainement la préférence, s'il n'exposait à quelques dangers : mais on a vu la ligature médiate du cordon spermatique suivie dans quelques cas, rares à la vérité, d'une violente inflammation des parties contenues dans la cavité abdominale, d'abcès dans l'épaisseur du cordon spermatique, de mouvements convulsifs, et même du tétanos, etc. Ce sont les mêmes accidents qu'on a vus survenir anciennement après certaines opérations employées pour la guérison radicale de hernies dans lesquelles le cordon spermatique et le sac herniaire étaient simultanément soumis à une très-forte constriction. Les chirurgiens modernes ont presque tous abandonné la ligature médiate du cordon dans l'opération du sarcocèle, et

lui préfèrent la ligature immédiate des artères spermatiques.

» Cette dernière, que M. Pelletan croit avoir faite le premier, dont Lassus revendique l'honneur en faveur de Cheselden, et que Pouteau, qui le blâme, rapporte à A. Petit, n'est tant soit peu embarrassante qu'à cause de la rétraction que le cordon spermatique est susceptible d'éprouver. Si cette rétraction, sur la possibilité de laquelle je ne conçois pas qu'on ait pu élever le moindre doute, et qui est d'autant plus considérable que la tumeur plus volumineuse, plus pesante, ou abandonnée tout à fait à elle-même, a déterminé un allongement plus grand du cordon spermatique; si cette rétraction, dis-je, n'avait jamais lieu, ou si l'on pouvait toujours couper le cordon à une certaine distance au-dessous de l'anneau, on pourrait toujours apercevoir les orifices des artères spermatiques, saisir ces artères et en faire aisément la ligature. Mais alors que les difficultés qui peuvent résulter, soit de la tendance du cordon spermatique à se rétracter fortement ou de sa rétraction réelle, soit de la nécessité où l'on est d'en faire la section, très-près de l'anneau, ou même au-dessous de cette ouverture, sont aussi grandes que possible, elles sont de celles dont un opérateur même ordinaire tromphe avec un peu d'attention et de patience; et je ne conçois pas comment, pour s'en affranchir, on renonce à un procédé si avantageux sous tout autre rapport.

» Il s'agit donc de faire la section du cordon testiculaire, et de pratiquer ensuite la ligature isolée et immédiate des petites artères qui entrent dans sa composition. Ce cordon est-il sain dans une grande étendue; comme on peut alors en conserver une portion considérable, il n'est pas besoin de prendre beaucoup de précaution en le coupant; car, après même qu'il a éprouvé une rétraction assez forte, il proémine encore assez au-dessous de l'anneau pour qu'on puisse saisir facilement chacune des petites artères qui s'y rencontrent. L'opérateur le saisit au-dessous de l'anneau avec le pouce et le doigt indicateur de la main gauche, s'entend avec l'aide placé vis-à-vis de lui et auquel il confie la tumeur, pour le mettre dans un certain état de distension, et le coupe d'un seul trait d'instrument, s'il se peut, soit de dessus en dessous, soit, au contraire, de dessous en dessus. Je me sers quelquefois, au lieu d'un bistouri, de ciseaux à deux tranchants concaves, instrument avec lequel il me semble que cette section du cordon est plus nette et se fait plus promptement. L'opérateur, sans abandonner l'extrémité coupée du cordon testiculaire, saisit ensuite et lie séparément chaque artériole d'où il voit jaillir le sang: ordinairement il y en a trois ou quatre; l'une d'elles existe toujours immédiatement derrière le canal déférent. Est-on obligé, au contraire, de faire la section du cordon assez près de l'anneau inguinal, c'est alors qu'on doit être en en garde contre les effets de sa rétraction, laquelle est d'autant plus à craindre dans ce cas, que fort souvent on juge convenable de faire tirer un peu sur la tumeur afin de se donner plus d'espace; on doit être attentif, après qu'il est coupé, à ne diminuer la compression exercée avec les doigts qu'autant que cela est nécessaire pour voir jaillir ou sourdre le sang de chacune des petites artères dont il faut faire la ligature. Arrive-t-il, par une circonstance quelconque, que le bout du cordon coupé fuie sous les doigts qui le retenaient, on parvient encore aisément à le saisir de nouveau, soit en enfonçant le pouce et le doigt indicateur d'une main dans l'anneau, soit en portant une pince dans cette ouverture.

» Supposons que l'engorgement du cordon soit porté à une hauteur plus considérable encore, et s'étende jusqu'à l'anneau, on ne doit pas renoncer pour cela aux avantages de la ligature immédiate. Voici comment on peut surmonter les difficultés : d'abord on pourrait sans aucun danger présent, mettre à découvert le cordon spermatique, dans la partie que renferme le canal inguinal, en agrandissant l'orifice inférieur de ce canal, et se mettre ainsi à même de le saisir au-dessus du point où l'on doit en faire la section : mais on craint avec raison d'affaiblir une région déjà si disposée aux hernies, et

l'on se décide bien rarement à user du moyen dont nous venons de parler. Je ne me suis trouvé qu'un très-petit nombre de fois dans la nécessité d'y avoir recours. Autant que cela peut suffire, il vaut mieux, dans ces circonstances, ne diviser le cordon qu'à petits coups de bistouri, et en plusieurs fois, ce qui permet de faire la ligature isolée de chacune de ses artères au moment même où elles sont divisées. On peut encore suivre le procédé indiqué par Bichat, qui consiste à diviser d'abord d'un seul coup les parties constituantes du cordon, à l'exception toutefois du conduit déférent, qui, ainsi conservé momentanément, s'oppose à la rétraction du cordon lui-même, puis à couper ce conduit après qu'on a lié toutes les artères moins celle qui l'accompagne. Quand il m'est arrivé de faire ainsi la section du cordon en deux temps, j'ai pris encore la précaution de saisir avec une pince le conduit déférent près de l'anneau, pour pouvoir, après l'avoir coupé, pincer et lier son artère satellite. Toutefois ce procédé de Bichat convient bien mieux lorsqu'il reste une petite portion saine du cordon au-dessous de l'anneau.

» Après avoir fait cette ligature des vaisseaux du cordon, on a presque toujours à lier quelques artérioles, d'où l'on voit le sang couler en nappe de différents points de la surface de la plaie, particulièrement du côté de la cloison du dartos : cela fait on retranche très-près du nœud les deux bouts de chacune de ces dernières ligatures ; on conserve au contraire les fils qui ont servi à lier les artères spermatiques, et ces fils enveloppés dans un linge fin sont placés sur un des bords ou vers l'angle supérieur de la plaie.

» L'instant est venu d'appliquer l'appareil, ou, pour autrement dire, de procéder au pansement de la plaie. Il est physiquement possible, et cela dans tous les cas, sans exception, de rapprocher les deux bords ou les deux côtés de cette plaie et de faire ce qu'on nomme la réunion immédiate, dans le but d'obtenir une prompte guérison. Mais cette réunion immédiate, si avantageuse dans un si grand nombre d'autres opérations et pour laquelle, je l'avoue, j'ai peine à me défendre d'une grande prédilection, ne convient point ici. Je n'ai point été heureux dans les essais que j'en ai faits, et j'y ai renoncé après l'opération du sarcocèle. Presque toujours la suppuration s'établit dans le tissu cellulaire si lâche du scrotum, et comme la plaie a pu se réunir à l'extérieur il devient souvent nécessaire, ou de détruire le travail de réunion qui déjà s'était opéré, ou de faire une incision pour donner issue au pus. De tels inconvénients sont à peine compensés par l'espoir d'une guérison de la plaie plus prompte seulement de quelques jours, quand la réunion immédiate est suivie de succès. Je pense donc qu'il vaut mieux livrer la plaie au travail de la suppuration et attendre le rapprochement lent et progressif des parties qui ont été divisées. On couvre cette plaie avec une pièce de linge fin assez grande pour en dépasser les bords, et sur laquelle on entasse, en les pressant un peu fortement les unes contre les autres, de petites boulettes de charpie qu'on recouvre ensuite de gâteaux ou de plumasseaux. On remplit ensuite avec de la charpie mêlée l'intervalle qui, de chaque côté, sépare le scrotum de la partie interne des cuisses ; on en place même du côté du périnée afin de soutenir le scrotum et pour faire qu'il soit plus uniformément comprimé par le bandage : on met ensuite par-dessus la charpie plusieurs compresses étroites et assez longues pour s'étendre jusqu'au périnée, dans un sens, et jusque sur l'abdomen dans l'autre. On laisse la verge libre et à nu entre ces compresses, comme entre les jets de bandes dont elles vont bientôt être couvertes. Un simple bandage triangulaire ou en T pourrait suffire pour maintenir ces différentes pièces d'appareil : cependant pour le premier appareil, et c'est celui dont il s'agit actuellement, mieux vaut un bandage fait avec une bande et composé de quelques tours sur l'abdomen, au-dessus des crêtes iliaques, d'un plus grand nombre de tours obliques, embrassant de chaque côté la hanche et la partie supérieure de la cuisse, et de plusieurs jets partant des tours circulaires, et appliqués directement sur le scrotum de chaque côté de la verge. » (Roux, *loco cit.*)

ARTICLE XV.

Kystes et hydatides des testicules.

Nous ne comprenons ici que les kystes qui sont contenus dans le testicule, c'est-à-dire dans l'intérieur de la tunique albuginée ; ceux qui sont en dehors de cette tunique devant être mentionnés à propos de l'hydrocèle, et n'ayant d'ailleurs que des rapports fort éloignés avec ceux du testicule. Les opinions sont assez diverses soit sur le mode de formation de ces kystes, soit, et cela est plus important, sur leur nature.

Voici comment s'exprime M. Velpeau :

Kystes simples. « On trouve dans le testicule de petits sacs ordinairement multiples, à parois tantôt épaisses, tantôt très-ténues et remplies de matière, ou séreuse et diaphane, ou gélatiniforme, ou roussâtre, ou demi-concrète et grumeleuse, ou demi-fluide et filante, d'aspect huileux. Ces vacuoles, ces locules à larges mailles, dont le nombre des cloisons n'a rien de fixe, que Boyer compare aux kystes de l'ovaire, m'ont semblé faire partie des tumeurs cancéreuses, appartenir à la classe des cancers colloïdes : de deux choses l'une, ou ces kystes sont purement séreux ou séro-sanguins, comme il en existe un cas curieux à la Charité en ce moment (juillet 1844) ; et alors ils ne constituent qu'une des variétés de l'hydrocèle, ou bien ils sont constitués par le mélange que je viens d'indiquer, et dans ce cas on est forcé de les rejeter parmi les cancers.

» D'après cela le pronostic de la tumeur sera emprunté au pronostic de l'hydrocèle, ou au pronostic du sarcocèle, selon qu'il s'agira d'un kyste aqueux ou d'une tumeur aréolaire, colloïde. Il en sera de même de la thérapeutique. » (*Loco cit.*).

M. Velpeau a, selon nous, un peu exagéré une opinion vraie au fond, à savoir qu'on a probablement confondu sous le nom de kystes du testicule des affections très-différentes et dont quelques-unes devaient être rapportées au cancer colloïde. Cependant, si les observations d'Astley Cooper sont exactes, et elles sont confirmées par Curling, on ne peut douter que la maladie enkystée du testicule ne soit une affection toute spéciale différente du cancer. Astley Cooper, en effet, fait observer que cette affection paraît entièrement locale ; car, dit-il, je l'ai vue chez des personnes qui jouissaient d'une excellente santé, et qui ont conservé cette santé après l'amputation du testicule, et chez qui la maladie ne s'est jamais reproduite.

« Cette affection, ajoute-t-il, se remarque particulièrement dans l'âge adulte, ou de dix-neuf à trente-six ans. Je l'ai cependant observée chez un sujet de quatre-vingt-dix ans.

» On a dit que cette maladie commence par un engorgement de l'extrémité de l'épididyme, cela peut être ; mais comme ordinairement on ne s'aperçoit de son existence que par hasard et après qu'elle a déjà acquis un volume considérable, il est rare qu'on puisse obtenir des renseignements sur son début. Ce qui est certain, c'est que j'ai vu plusieurs fois l'extrémité de l'épididyme contenir des kystes qui étaient remplis d'un liquide séreux.

» Cette maladie ne cause de douleur ni à son début ni même pendant la plus grande partie de son accroissement. Elle ne devient douloureuse que lorsqu'elle a acquis un volume considérable et qu'elle a distendu la tunique albuginée, dont le tissu inextensible exerce une forte compression sur l'organe qu'elle renferme.

» Lorsqu'on palpe la tumeur avec beaucoup d'attention, on trouve qu'elle est indolente à la pression, excepté dans le cas où elle est très-considérable.

» L'aspect du malade annonce souvent une santé robuste. Aussi la première impression produite sur l'esprit du chirurgien est-elle que cette maladie doit être une hydrocèle, puisqu'elle n'est accompagnée n'aucun engorgement constitutionnel.

» Les veines du cordon spermatique sont plus volumineuses qu'à l'ordinaire, et celles du scrotum plus distinctes et plus distendues, parce qu'il se fait vers le testicule un afflux plus considérable de sang.

» Le testicule conserve son volume na-

turel; il est arrondi en avant, un peu aplati sur les côtés, et moins piriforme que dans l'hydrocèle.

» On peut ordinairement distinguer l'épididyme du testicule, car leur ligne naturelle de séparation est conservée. Cependant cette circonstance n'existe pas toujours.

» Quand on palpe la tumeur elle donne la sensation d'un fluide contenu dans son intérieur. Elle cède facilement sous la pression; cependant ce n'est pas une fluctuation franche, car la surface de l'organe ne s'élève pas à une certaine distance lorsqu'on la déprime dans un autre point avec le doigt. Si l'on exerce une très-forte compression, on produit la sensation qui résulte de la constriction du testicule, c'est-à-dire une douleur lipothymique dans l'aine et dans les reins. Le poids du testicule paraît augmenter aussi bien pour le malade que pour le chirurgien, Dans les cas où le testicule devient très-volumineux, il détermine de la douleur dans les reins et gêne le malade par son volume, au point de lui faire désirer d'en être débarrassé. Ce volume peut même devenir assez considérable pour qu'il ne puisse plus être caché par les vêtements, ce qui est une nouvelle raison pour l'extirpation.

» La maladie est tellement locale que sans la considération de son poids, qui est une cause de fatigue, et de son volume, qui est indécent, et incommode pour le malade, l'opération ne serait pas moins nécessaire. Elle n'envahit ni le cordon ni les ganglions absorbants des régions rénale et inguinale. En un mot, c'est une maladie du testicule et de l'épididyme seuls.

» J'ai vu, il est vrai, des kystes coïncider avec la maladie fongoïde du testicule; mais ils sont bien différents de la maladie hydatique. En effet, dans ces cas, ces kystes renferment une matière fongueuse semblable à celle qui constitue la maladie fongoïde du testicule. » (A. Cooper, *loc. cit.*)

Cette dernière remarque prouve très-bien que Cooper avait comparé la maladie enkystée du testicule au cancer du même organe, et qu'il avait cependant cru devoir l'en distinguer.

Astley Cooper regarde le diagnostic de cette maladie comme très-difficile, et avoue s'être trompé deux ou trois fois. Voici néanmoins les caractères distinctifs qu'il croit devoir donner entre les kystes du testicule et l'hydrocèle, qui est surtout la maladie avec laquelle on peut les confondre. Dans la maladie enkystée on trouve :

1° Dépressibilité plutôt que fluctuation ;

2° Tumeur pesante;

3° Conservation de la forme générale du testicule, quoiqu'il soit un peu plus piriforme que dans l'état normal;

4° Absence de transparence;

5° Sensation de constriction du testicule quand la compression est considérable;

6° État variqueux des reins, du cordon et du scrotum;

7° Dans l'hydrocèle le testicule peut être senti, quoique d'une manière obtuse, à la partie inférieure et supérieure de la tumeur.

Traitement. « Je n'ai jamais vu, dit Astl. Cooper, aucun traitement général ni local avoir la plus légère efficacité contre cette maladie, et, il faut en convenir, quand on examine le caractère de cette affection et les altérations de structure qu'elle occasionne, on ne peut attendre aucun avantage réel d'un traitement, soit général, soit local.

» Le seul moyen de guérison est l'ablation de l'organe. Cette opération est désirée par le malade, à cause des inconvénients qui résultent du poids de la partie, de la douleur qu'elle détermine en tiraillant le cordon spermatique, de la difformité désagréable d'une tumeur si volumineuse et qui ne peut être cachée, ainsi que de l'accroissement continuel de la tumeur. Lès moyens propres à amener de la déplétion et l'abstinence doiven être employés pendant une semaine pour préparer le malade à l'opération. C'est une affection dans le traitement de laquelle l'opération est toujours couronnée de succès, du moins c'est ce que j'ai constamment observé. On peut donc assurer au malade en toute confiance, si la maladie est simple, d'une part qu'elle n'aura jamais aucune influence fâcheuse

sur les parties environnantes, et, d'une autre part, que l'opération amènera une cure radicale. Toutefois on doit observer que les altérations fongoïdes et enkystées peuvent exister simultanément dans le même testicule, et qu'alors l'issue peut être malheureuse. Mais ceci ne pouvant être constaté que par la dissection de la partie enlevée, ce ne sera qu'après l'opération qu'on pourra porter un pronostic favorable dans le cas de kyste, et un pronostic nécessairement fâcheux dans l'autre cas.» (A. Cooper, *loc. cit.*)

Nous terminerons ce que nous avons à dire sur cette matière en rapportant une des observations que Cooper a consignées dans son mémoire; ces observations sont tellement ressemblantes entre elles, que celle-ci donnera une idée exacte des autres, et fournira une nouvelle preuve de la nature particulière de la maladie enkystée.

Obs. 1re. « Charles Demby, âgé de quarante-neuf ans, entra à l'hôpital de Guy, le 23 mai 1804, ayant un gonflement du testicule. La maladie avait débuté, deux ans auparavant, par une diminution du testicule gauche, accompagnée d'un sentiment de faiblesse de ce côté. Ce testicule devint graduellement plus volumineux que celui du côté opposé, et, neuf mois après l'époque où il s'était aperçu de cette augmentation de volume, Charles Demby s'adressa à un chirurgien extrêmement habile, qui exerce dans les environs de Londres. Celui-ci introduisit dans ce testicule un trocart au moyen duquel il donna issue à de l'eau, mais en quantité très-peu considérable. Il diagnostiqua aussitôt des hydatides du testicule. La maladie faisant des progrès continuels, le malade se fit admettre à l'hôpital de Guy le 29 mai. Je pratiquai l'ablation du testicule. Lorsque j'en fis la dissection, je trouvai dans quelques-uns des kystes un liquide muco-purulent et des altérations variées dont j'ai conservé la figure.

» Parmi ces kystes les uns étaient transparents, les autres opaques; quelques-uns étaient distendus par la sérosité, d'autres remplis de mucus, d'autres enfin renfermaient une sérosité limpide, contenant peu de matière animale.

» La plaie se cicatrisa rapidement, et le malade sortit de l'hôpital de Guy après une guérison complète obtenue dans un très-court espace de temps. »

Kystes hydatiques. L'existence des hydatides est beaucoup plus contestable que l'individualité morbide des kystes simples. La seule observation bien authentique que nous en possédions est la suivante que l'on doit à Ast. Cooper : « M. Davies m'apporta un jour, à l'issue de ma leçon, un testicule dont l'épididyme contenait un kyste dans l'intérieur duquel se trouvait une hydatide ressemblant à une perle, et qui était parfaitement libre, détachée de la poche dans laquelle elle était contenue. Cette hydatide était remplie d'un liquide aqueux. » Cette observation paraît assurément concluante; car il n'y a guère que l'hydatide qui puisse présenter les caractères observés par Cooper; toutefois l'absence de détails microscopiques, l'existence d'une seule de ces productions et le silence de presque tous les auteurs sur le sujet, autorisent peut-être les réflexions suivantes de M. Velpeau.

» Néanmoins l'histoire de cette maladie laisse beaucoup à désirer : les observations de Larrey ne sont pas très-concluantes, et celles de Dupuytren et de Cooper n'ont pas non plus tous les caractères d'authenticité désirables en pareille matière. J'avoue pour mon compte n'en avoir jamais rencontré, et j'en ai parlé à plusieurs praticiens des plus répandus, des plus anciens, qui n'ont pas été plus heureux. Les hydatides du testicule sont donc au moins quelque chose d'assez insolite, et je me suis demandé si on n'aurait pas admis comme tel, dans certains cas, l'hydrocèle multiloculaire. Ces hydatides naissent, dit-on, de la surface du testicule, où elles se montrent sous forme de vessies transparentes, uniques ou multiples, adhérentes, ou isolées, petites ou grosses. On les distinguerait sans doute de l'hydrocèle proprement dite, aux inégalités de la tumeur restée d'ailleurs transparente, et surtout au bruit, à l'espèce de frémissement dont elles sont le siége, quand on exerce sur elles de légers frottements, un certain genre de pression. Pour en guérir les malades l'incision du sac seule est proposable; le séton, les injections, etc., ne suffiraient que s'il n'y en

avait qu'une, que si l'hydatide était en quelque sorte devenue une hydrocèle proprement dite. Après avoir vidé la tumeur de ces productions singulières on laisserait suppurer, déterger et refermer le sac, comme si l'on avait traité une hydrocèle ordinaire par incision. » (Velpeau, *loco cit.*, p.)

ARTICLE XVI.

Hydrocèle.

On donne le nom d'hydrocèle à toute accumulation lentement formée de sérosité dans l'intérieur des bourses. Lorsque cette sérosité est renfermée dans une ou plusieurs poches bien distinctes, l'hydrocèle est dite *hydrocèle par épanchement;* lorsqu'elle est infiltrée dans les mailles du tissu cellulaire, l'hydrocèle est dite *hydrocèle par infiltration.* Ces dénominations sont évidemment vicieuses, car dans tous les cas il y a *épanchement* de sérosité, et il vaudrait mieux les distinguer en *hydrocèle enkystée* et *hydrocèle non enkystée;* cependant comme on peut s'entendre clairement avec les premières dénominations et qu'elles sont consacrées par l'usage, peut-être vaut-il mieux les conserver. Relativement au siége on a encore distingué l'hydrocèle du scrotum et celle du cordon ; enfin, eu égard à l'origine de la maladie et à ses connexions avec le péritoine, on a encore distingué de toutes ces espèces l'*hydrocèle congénitale.*

Ce que l'on a appelé hydrocèle par infiltration, que le siége en soit dans le cordon ou dans les bourses, n'est autre chose qu'un œdème accompagnant presque toujours un autre œdème plus général; nous ne croyons par conséquent avoir rien à en dire, son histoire appartenant de droit à celle de l'anasarque. Nous nous contenterons donc de décrire :

1° L'hydrocèle enkystée des bourses ou hydrocèle proprement dite ;
2° L'hydrocèle congénitale;
3° L'hydrocèle du cordon ;
4° L'hydrocèle du sac herniaire.

§ I. Hydrocèle enkystée des bourses.

Anatomie pathologique. Une tumeur liquide des bourses présente à considérer les parois du kyste et le liquide qu'elles renferment. « Le contenu, dit M. Vidal, est le plus ordinairement une sérosité, comme celle de l'ascite ; elle est limpide, citrine. Mais on l'a trouvée, par exception, trouble, lactescente, rougeâtre, et même de couleur chocolat, tenant en suspension des flocons albumineux. Quelquefois ce sont des concrétions libres ou adhérentes, graisseuses ou friables et fibrineuses, parfois cartilagineuses. Ces modifications dans la couleur, la nature du contenu, font prévoir des différences dans la nature de la maladie ; ainsi, par exemple, quand existent cette couleur chocolat, ces dépôts fibrineux, on est en droit de conclure que la tumeur n'est pas due à une exhalation séreuse ; que ce n'est pas là une hydropisie, mais une des périodes des tumeurs hématiques. C'est, en effet, le dernier terme de l'hématocèle.

» Souvent les parties contenantes, le kyste, les enveloppes de la tumeur ne subissent que de très-légères modifications. Ainsi, même quand l'hydrocèle est volumineuse, la peau n'est pas manifestement amincie, parce que la tumeur, en se développant, fait des emprunts aux parties environnantes. Les couches plus profondes subissent parfois une légère atrophie et se laissent un peu érailler, ce qui donne lieu à des bosselures. Quelquefois, au contraire, ces mêmes couches résistent très-bien ; elles s'hypertrophient même un peu, comme cela arrive à la suite de certaines hernies anciennes. Les mêmes phénomènes se remarquent sur la tunique vaginale ; mais quand l'épanchement qui s'opère dans sa cavité est le résultat d'une hématocèle, cette partie est parfois tapissée, doublée de concrétions fibrineuses, qui se laissent détacher facilement dans les premiers temps, mais qui finissent aussi par adhérer à la séreuse, de manière à faire corps avec elle, à lui donner une épaisseur, une solidité considérables. J'ai vu le kyste transformé en une coque épaisse de quatre lignes, dure, criant sous le scalpel ; par une forte pression une portion de cette coque laissait suinter une petite quantité d'une humeur lactescente. On a observé l'ossification de la tunique vaginale ; les dépôts calcaires

sont même plus fréquents sur cette membrane que sur le testicule lui-même.

» L'état du testicule varie beaucoup ; quand il n'est pas le point de départ de la maladie qui constitue l'hydrocèle, et que cette hydropisie est très-ancienne, il est ordinairement ridé, affaissé, aplati, il est enfin un peu atrophié. Si, au contraire, l'hydrocèle est une conséquence de l'orchite, ce testicule est toujours un peu plus volumineux, un peu plus dur. Le plus souvent, cette espèce de gonflement porte sur l'épididyme. Il n'est même pas extrêmement rare de trouver le canal déférent un peu endurci. Quand l'hydrocèle est essentielle, le cordon spermatique a quelquefois subi une espèce d'épanouissement semblable à celui que j'ai indiqué, en parlant des hernies inguinales volumineuses et anciennes.

» En remontant vers l'abdomen, il n'est pas rare de trouver un godet, un enfoncement, un doigt de gant du péritoine ; ce que l'on peut expliquer par le tiraillement opéré par l'hydrocèle qui se trouve ainsi être une cause de hernie. » (Vidal, t. v, p. 669.)

Le liquide se trouve ordinairement renfermé dans la tunique vaginale ; cependant, dans quelques circonstances, il s'épanche dans des cavités accidentelles formées dans le tissu cellulaire des bourses. Une circonstance anatomique importante à noter au point de vue pratique, c'est que le liquide est renfermé quelquefois dans des cavités multiples qui, ordinairement, communiquent entre elles, mais qui peuvent aussi être complétement isolées, et affecter à peu près la disposition des loges d'une orange, selon la comparaison de M. Lisfranc. Cette disposition, lorsque le liquide existe dans la tunique vaginale, ne peut être due qu'à la production de fausses membranes et indique évidemment l'origine inflammatoire de la maladie.

L'état du testicule est très-variable et très-important à connaître ; tantôt il est un peu affaissé, aplati, ridé, et dans certains cas, fort rares cependant, véritablement atrophié. Souvent il offre, au contraire, une augmentation de volume manifeste, soit sans autre altération appréciable, soit avec une augmentation plus ou moins considérable de consistance et quelques irrégularités dans sa surface ; il est important de savoir que ces dernières altérations sont parfaitement compatibles avec l'intégrité de structure de la glande. L'épididyme, quelquefois normal, est beaucoup plus souvent augmenté de volume, et se prolonge en haut, en bas, de chaque côté du testicule, de manière à envelopper une étendue plus ou moins grande du testicule. « De petits noyaux durs et blanchâtres, dit M. Velpeau, de véritables kystes peuvent exister à la surface de ces organes ; j'ai vu un de ces kystes acquérir le volume d'une noix. Alors la tunique vaginale a souvent contracté quelques adhérences sous forme de brides, et de manière que sa cavité soit comme divisée en plusieurs loges. J'ai vu, en novembre 1836, à la Charité, un malade dont l'hydrocèle était ainsi formée de deux kystes contenant chacun deux cuillerées de sérosité. J'en ai opéré un à la Pitié en 1834, qui avait la tunique vaginale transformée en une infinité de locules semblables. » (*Loco cit.*)

Enfin nous empruntons à Dupuytren le fait suivant :

Obs. 1re. « *Hydrocèle multiloculaire. Double ponction. Guérison.*

» Un homme vient à l'Hôtel-Dieu dans les premiers jours de mai 1833, pour une tumeur qu'il portait au scrotum du côté gauche. Cet individu avait reçu, dix-huit mois auparavant, un coup sur le testicule. A partir de ce moment l'organe se tuméfia inégalement. Lorsque Dupuytren l'examina, il existait dans cet endroit une tumeur inégale, liquide, fluctuante, transparente. Attribuant cette inégalité à la résistance de la tunique vaginale, Dupuytren plongea le trois-quarts dans la partie la plus volumineuse de la tumeur ; il en sortit de la sérosité jaunâtre, mais elle ne s'affaissa point et ne parut qu'à demi vidée. En tranchant la partie qui était saillante, Dupuytren trouva une fluctuation marquée. Il aurait pu introduire le trocart en travers, mais il fallait pour cela labourer ; il préféra faire une seconde ponction. Il sortit un liquide trouble, abondant ; la bourse du

côté gauche se trouva ramenée à son volume ordinaire. Le premier liquide se concréta facilement par la chaleur, le second ne changea point de nature; cependant l'examen qui en fut fait à la Pharmacie centrale démontra que ce second liquide n'était autre chose que de l'albumine. Le cordon testiculaire était dans le même état que celui du côté opposé, et ne présentait aucun symptôme d'épanchement.

» Cette observation me paraît mériter beaucoup d'importance, car il est arrivé quelquefois que des hydrocèles regardées comme multiloculaires n'étaient autre chose que des hydrocèles de la tunique vaginale compliquées d'une hydrocèle enkystée du cordon. M. le docteur Loir a présenté à la Clinique, le 19 février 1830, une pièce anatomique qui ne laisse aucun doute à cet égard. En effet, le cordon des vaisseaux spermatiques, distendu par un liquide, en d'autres termes, l'hydrocèle du cordon nageait elle-même dans la sérosité citrine qui remplissait la tunique vaginale, et faisait la base de la tumeur ainsi formée de deux hydrocèles distinctes, mais qu'il était extrêmement difficile de diagnostiquer l'une de l'autre. Si l'observation prouve que la complication de ces deux hydrocèles peut quelquefois en imposer pour une hydrocèle, l'observation m'a démontré qu'il existait des hydrocèles dont la poche ne pouvait se vider exactement après une simple ponction, et que cette disposition tenait à la multiplicité des loges et à une espèce de cellulosité qui retenait le liquide. » (Dupuytren, *Leçons orales*, t. IV, p. 193.)

Dans cette intéressante observation, il y a certainement une erreur de typographie ou de rédaction. Il est impossible que l'albumine ne se coagule pas par la chaleur.

Symptômes. Observée à l'extérieur, la tumeur se présente sous des aspects qui varient un peu suivant le degré de développement auquel elle est parvenue.

Dans les premiers temps la forme de la tumeur ne diffère pas sensiblement du testicule hypertrophié. Plus tard elle s'allonge et devient piriforme. Tournée du côté de l'abdomen, son sommet, tantôt très-délié, tantôt renflé en forme de tête, tantôt cylindrique, se prolonge parfois plus ou moins dans le canal inguinal, ou bien entre l'aponévrose du grand oblique et les téguments; mais il s'arrête le plus ordinairement un peu au-dessous de l'anneau. Elle offre presque toujours une espèce d'étranglement transversal vers le milieu de sa longueur, principalement en avant; ce qui lui donne l'aspect d'une calebasse. Lorsque cet étranglement est très-prononcé, lors, par exemple, qu'il est formé par l'anneau et qu'une portion de la tumeur s'est développée dans le canal inguinal, Dupuytren lui a donné le nom d'hydrocèle en bissac. Ainsi coudée sur sa face antérieure, la tumeur est plus longue que large; quelquefois pourtant elle est comme refoulée sur elle-même et singulièrement agrandie dans son diamètre transversal; souvent aussi elle offre des bosselures sur d'autres points, en haut, en bas, en dehors, en dedans, toutes circonstances qui tiennent à ce que les enveloppes scrotales se sont laissé érailler ou distendre d'une manière inégale par la tunique vaginale. Il arrive enfin qu'elle conserve la forme d'une sphère, ou régulière ou bosselée, jusqu'à son extrême développement; quelquefois aussi sa base est en haut et son sommet en bas.

Le volume de l'hydrocèle n'est pas moins variable que sa forme: égalant quelquefois celui d'un petit œuf de poule, il peut s'élever jusqu'aux dimensions d'une tête d'adulte. Comme collée contre l'anneau dans certains cas, on la voit dans d'autres se prolonger jusqu'auprès du genou. Elle peut contenir depuis une cuillerée jusqu'à deux, trois, et même quatre litres de liquide; cependant elle ne dépasse guère la grosseur d'une tête d'enfant nouveau-né; c'est ordinairement de quatre à dix onces de sérosité qu'on y trouve.

Le poids est généralement moindre qu'on ne serait d'abord disposé à le penser. Semblable à celui d'une égale quantité d'eau, quand l'hydrocèle est simple et primitive, il est plus considérable lorsque le testicule est engorgé ou qu'il s'est fait quelque dépôt concret

dans la tunique vaginale. Aussi la légèreté de la tumeur est-elle un des principaux signes de sa simplicité. Ce sont, au surplus, des différences toutes naturelles, puisque le sang est plus pesant que la sérosité, et que les tumeurs solides sont encore plus pesantes que le sang, soit liquide, soit coagulé.

Tant que la tunique vaginale n'est que modérément remplie, on peut y constater une véritable fluctuation. Plus tard, au contraire, le flot, le déplacement du liquide est parfois fort difficile à sentir.

Le signe pathognomonique de l'hydrocèle, celui que depuis long-temps les praticiens admettent comme le plus certain, se tire de la transparence de la tumeur. Pour l'obtenir, il faut que le malade soit placé dans un lieu sombre, sur un lit dont les rideaux seraient fermés, par exemple, que le scrotum soit tendu et soulevé, que la main, ou tout autre corps opaque, soit appliquée par son bord sur le devant de la tumeur, que le chirurgien soit d'un côté pendant qu'on tient une bougie allumée de l'autre, de manière enfin que la lumière ne puisse arriver à l'œil qu'après avoir traversé l'hydrocèle. En s'y prenant ainsi, on distingue parfaitement la masse transparente de la tunique vaginale, pour peu qu'il y ait d'eau, de la masse opaque formée par le testicule ou l'épididyme. Il est possible de s'en laisser imposer ici de deux manières : 1° la transparence est quelquefois aperçue quoiqu'il n'y ait point d'hydrocèle, M. Roux dit l'avoir constatée dans un cas où il n'y avait que sarcocèle ; une simple infiltration séreuse, une légère raréfaction des enveloppes du scrotum chez les enfants et les sujets pâles ou dont la peau est très-mince, la présentent dans quelques cas. La main placée obliquement avec les doigts trop peu serrés, la lumière ou l'œil mal disposés peuvent aussi en donner la sensation en rejetant les rayons lumineux sur les parois de la tumeur. 2° La transparence peut manquer, elle manque en effet quand le liquide épanché n'est pas de la sérosité pure ; le sang fluide ou concret, la matière ayant l'apparence de chocolat, celle de couleur lie de vin, lactescente, etc., l'empêchent de se produire. On ne l'observe que très-rarement quand les enveloppes du kyste ont contracté un certain degré d'épaississement, lorsqu'elles ont subi la dégénérescence lardacée, cartilagineuse, lorsque des plaques de fibrine ou d'albumine se sont déposées à la surface interne de la tunique vaginale. Son absence indique à peu près constamment ou bien un liquide opaque, ou bien une altération profonde dans la texture du kyste, et dans tous les cas une hydrocèle compliquée, une tumeur qui appartient plutôt à la classe des hématocèles qu'à celle des hydrocèles proprement dites. Si du sang s'épanche en effet dans la tunique vaginale, il se dénature et forme à la longue les matières lie de vin, chocolat, roussâtres, les brides, les concrétions de toutes sortes, etc.

Chez d'autres malades la transparence qui existait d'abord ne se retrouve plus pendant quelques semaines, et reparaît ensuite d'une manière évidente ; quelquefois la transparence une fois dissipée ne revient plus. L'explication de ces anomalies est facile à donner ; cela tient à ce qu'une certaine quantité de sang s'exhale ou s'épanche d'une manière quelconque au milieu d'une hydrocèle plus ou moins ancienne. De translucide, le liquide de la tunique vaginale devient alors opaque. Si plus tard la matière colorante du sang disparaît, la transparence se rétablit. Dans le cas contraire, l'hydrocèle reste définitivement transformée en hydro-hématocèle.

Du reste, l'œil suffit pour constater la transparence d'une hydrocèle, si elle existe réellement, et le tube ingénieux de M. Ségalas (*Arch. gén. de méd.*, t. XXVII, p. 270), les miroirs réflecteurs, quels qu'ils soient, n'apprendront rien de plus dans les autres cas. Quand elle manque, il faut en accuser l'altération du sac ou du liquide épanché et non l'imperfection des moyens explorateurs.

Une circonstance qui pourrait cependant la masquer jusqu'à un certain point, c'est la position du testicule et du cordon : on la cherche en général en avant, en dehors et en haut, parce que le testicule est presque toujours refoulé en dedans, en bas et en arrière ; mais si le

testicule se trouvait, par anomalie, soit en avant, comme on en a observé d'assez nombreux exemples, soit directement en dedans ou en dehors, on conçoit, à la rigueur, qu'il puisse se placer entre l'œil et la lumière, au point de tromper l'observateur dans un examen rapide. L'erreur alors serait jusqu'à un certain point pardonnable, surtout s'il y avait en même temps gonflement, maladie de l'épididyme et du testicule.

C'est ordinairement à propos de l'hydrocèle que l'on fait le diagnostic différentiel des diverses tumeurs des bourses; mais nous préférons nous en tenir ici à l'exposition des simples signes de cette maladie, et renvoyer, à l'exemple de M. Vidal, ce diagnostic à la fin des maladies du testicule, c'est-à-dire à un moment où nous en posséderons tous les éléments.

Marche, durée, pronostic. La marche de l'hydrocèle est extrêmement lente; ce n'est qu'au bout de plusieurs mois et quelquefois de plusieurs années qu'elle acquiert son maximum de développement. Arrivée au dernier degré, elle peut rester stationnaire pendant fort long-temps, par exemple pendant quinze ans et même vingt ans, comme Boyer semble l'avoir observé.

Il résulte de ce qui précède que l'hydrocèle n'est point une maladie grave; cependant elle entraîne assez d'inconvénients pour que le chirurgien s'applique à chercher son meilleur mode de traitement. D'abord par son volume elle gêne plus ou moins la marche et rend l'action du pénis quelquefois très-difficile; par son poids elle produit des tiraillements qui peuvent être assez douloureux; elle peut, par son action compressive, altérer la sécrétion spermatique au moins du côté affecté; enfin quelquefois elle détermine la rupture et la gangrène des enveloppes, et comme suite de cet accident, des inflammations, des suppurations quelquefois fort graves des bourses. Dans certains cas à la vérité cette rupture, cette gangrène peuvent être l'occasion d'une guérison spontanée, comme Ast. Cooper en rapporte un exemple; mais c'est acheter la guérison beaucoup plus cher qu'au prix d'une opération ordinaire. Du reste, la guérison spontanée s'opère quelquefois sans aucun accident, par résorption du liquide. Pott en rapporte deux exemples, M. Brodie deux autres (*Lond. med. gaz.*, vol. XIII, p. 90), et M. Velpeau dit en avoir observé un. « Toutefois, dit cet auteur, les cas de guérison spontanée sont des exceptions tellement rares, qu'il est impossible de s'appuyer sur une semblable terminaison. » Nous pensons qu'en effet ces guérisons sont assez rares, mais moins cependant que ne semble l'indiquer le savant professeur. Sans avoir une expérience aussi longue que la sienne, nous avons pu en observer plusieurs cas entre autres chez un malade qui était disposé à se faire opérer et que des affaires forcèrent à quitter la capitale au moment où on allait pratiquer l'opération; pendant son absence, qui ne dura que deux mois, à peu de chose près tout le liquide de la tumeur se résorba : le volume de la tumeur n'atteignait pas tout à fait celui d'un œuf de dinde. Depuis dix-huit mois il ne s'est pas fait de nouvel épanchement. Dans les autres cas que nous avons vus, le volume de la tumeur était encore moindre qu'ici; et nous ne croyons pas qu'on ait jamais observé la résorption du liquide dans des tumeurs plus volumineuses qu'un œuf de dinde; on ne devra donc plus espérer la guérison par résorption après que ce volume sera dépassé. Quant à la terminaison par rupture ou par gangrène, c'est un mode de guérison qui est plutôt à craindre qu'à désirer. Il est à remarquer d'ailleurs que les guérisons spontanées sont rarement définitives, et qu'au bout de quelques mois ou de quelques années la maladie récidive le plus souvent.

Il est bien reconnu aujourd'hui que les médications générales, que les applications de simples topiques ne débarrassent presque jamais les malades de l'hydrocèle chronique. Ce n'est pas qu'elle n'ait jamais disparu sous l'influence de cataplasmes, de certaines lotions, et que quelques autres remèdes tels que la teinture de scille et de digitale, vantée récemment par M. Coudray (*Bullet. de thér.*, t. XII, p. 79), ne puissent en débarrasser quelques malades. On trouve dans la thèse de M. Lesueur (numéro 58,

Paris 1829), par exemple, la preuve que les sangsues et les dérivatifs en ont plusieurs fois triomphé. D'un autre côté, on voit que Dupuytren (*Leç. orales*, t. IV, p. 461) en a guéri quelques-unes au moyen de vésicatoires appliqués sur la tumeur ; et d'autres praticiens ont rapporté plusieurs faits à l'appui de cette dernière pratique. A en croire Bertrandi, le moxa n'a pas été moins efficace dans certains cas ; Graëfe (*Archiv. gén. de méd.*, t. XVIII, p. 297) vante, comme Keate l'avait fait en 1788 (*Sprengel*, t. VII, p. 206), une dissolution de muriate d'ammoniaque dans l'alcool ou le vinaigre scillitique. M. Velpeau a aussi vu deux fois l'hydrocèle se dissiper sous l'influence de cataplasmes astringents et de frictions mercurielles; mais ces succès exceptionnels ne se rencontrent guère que dans l'hydrocèle peu ancienne, peu volumineuse, et qui reconnaît pour cause soit une lésion traumatique, soit une irritation dont il est possible de détruire le principe.

« Le vésicatoire, dit M. Velpeau, le muriate d'ammoniaque dissous dans l'eau, ou dans le gros vin rouge et les astringents les plus forts, ont été vainement employés dans mon service sur deux malades, dont l'hydrocèle ne datait que de six semaines et résultait d'un froissement des testicules ; les sangsues et les émollients avaient été préalablement mis en usage avec tout aussi peu de succès.

» Il faut donc, quand on veut tenter la cure de l'hydrocèle, se résoudre sur-le-champ à recourir à une opération. Celle que l'on préfère aujourd'hui a des avantages tellement incontestables sur toutes les autres, que nous nous bornerons à dire quelques mots de ces dernières, qui n'appartiennent plus maintenant qu'à l'histoire de la science.

» La *cautérisation* qu'Aétius décrit d'après Léonides (Peyrilhe, p. 422-426), et que les uns pratiquaient en plaçant un escharotique à la partie inférieure, d'autres à la partie supérieure de la tumeur, en le renouvelant jusqu'à ce qu'il en eût atteint le liquide, que certains opérateurs aimaient mieux effectuer avec un métal incandescent, avec ce cautère en forme d'L, dont parle Paul d'Égine (Petit-Radel, *Encyclop. méth.*, part. chir., t. I, p. 666), était en usage, comme on voit, bien longtemps avant Guy de Chauliac (*Grande chirurg.*, édit. de Rouen, p. 197), auquel Sabatier semble la rapporter. Préférée par G. de Salicet (*Premier traité*, ch. LI), Thévenin (*Œuvres*, p. 55), M. A. Severin (*Exopyrie*, ch. LXVI ; *Méd. eff.*, part. II, ch. XIV), Dionis (*Operat.*, p. 570), reproduite mille fois depuis, elle a été vantée en Angleterre, en France et en Allemagne ; mais, sous quelque forme qu'on la propose, c'est une méthode qui doit être définitivement proscrite. » (Velpeau, *Dict. de méd.*, art. HYDROCÈLE.)

« Les *tentes* et les *canules*, bien moins dangereuses ou moins barbares, me sembleraient être dans le même cas, si quelques hommes d'un grand renom n'avaient cru devoir leur donner encore quelque appui de nos jours. Loin d'être dû à Franco, à F. d'Acquapendente ou à Moïnichen, comme Sabatier et Boyer tendraient à le faire croire, l'usage des tentes remonte au moins jusqu'à G. de Salicet, lequel s'exprime en ces termes, en parlant de l'hydrocèle : « Soit la bourse percée avec une lancette, soit tirée l'eau, et soit mise dedans le pertuis une *tente*, afin que libéralement, quand tu voudras, tu puisses tirer hors ce qui est dedans l'éminence. » Seulement, au lieu d'un procédé aussi simple, F. de Hilden a proposé de lier la tunique vaginale, de l'inciser et d'y laisser une mèche effilée, conduite que Bell a imitée sous ce dernier point de vue (Sprengel, t. VII, p. 204). Monro veut qu'on irrite la tunique séreuse avec le bout de la canule du trois-quarts, et M. Larrey (*Clin. chir.*, t. III, p. 37-48) qu'on place à demeure, pendant quelques jours, un bout de sonde en gomme élastique dans son intérieur. S'il est incontestable qu'on doive à l'emploi de ces moyens un certain nombre de succès, il est également vrai qu'au lieu de produire l'adhésion simple des surfaces, ils en causent assez souvent la suppuration, et qu'ils ne réussissent pas assez constamment pour qu'on puisse les mettre en balance avec les méthodes généralement suivies maintenant.

» Il faut en dire autant du *séton*, dont Sabatier ne trouve aucun vestige dans les anciens ; que Sprengel (t. VII, p. 191)

rapporte à Lanfranc, et que S. Cooper attribue à Franco, quoique Galien l'ait probablement indiqué quand il dit qu'on doit retirer l'eau des bourses avec une seringue ou par le moyen d'un séton (Peyrilhe, p. 626). C'est d'ailleurs à l'occasion du médecin de Pergame que Guy de Chauliac conseille de « prendre la bourse avec des tenailles plates, fenêtrées au bout, pour les percer en passant à travers leur ouverture une aiguille longue, ardente, à la tête de laquelle est le séton qu'on laisse dans la plaie jusqu'à ce que l'eau soit vidée. » Il semble, en outre, comme le remarque Leclerc, que C. Aurélianus en ait voulu parler. Peyrilhe croit aussi en avoir trouvé l'idée dans Paul d'Égine. Bien que Paré (*Œuvres*, p. 204) et presque tous les auteurs l'eussent recommandé jusque vers la fin du dix-septième siècle, ce moyen, que blâme Pigray (*Epit.*, p. 279), n'en était pas moins presque entièrement abandonné, lorsque Marini (James, *Dict.*, *etc.*, t. IV, p. 287, 295) et Pott entreprirent de le faire de nouveau prévaloir. Mais il n'y a aucune raison de croire que le séton soit dorénavant employé par personne. D'ailleurs, si on voulait enfin y revenir, le mot seul en dit assez, et il suffit de se rappeler qu'un ruban de toile fine, une longue mèche de coton ou de toute autre substance devrait être passée à travers la tumeur, pour que chacun comprenne la manière de pratiquer une semblable opération. » (Velpeau, *loc. cit.*)

L'*incision* et l'*excision*, quoique moins abandonnées peut-être que les moyens dont il vient d'être question, tombent néanmoins de plus en plus en désuétude. Cependant quelques chirurgiens actuels en font encore usage dans certaines circonstances, par exemple lorsqu'ils s'attendent à trouver le testicule malade, parce qu'alors, si cet organe est en effet altéré, ils l'enlèvent sans être obligés de faire une seconde opération. Nous rappellerons, à propos de cette ablation, ce que nous avons dit de l'engorgement chronique du testicule, et la réflexion que fait M. de Castelnau sur le même sujet : J'ai déjà eu, dit-il, l'occasion de mentionner la fréquence de l'hydrocèle à la suite de l'orchite aiguë ; aussi voit-on souvent l'orchite chronique s'accompagner d'épanchement de liquide dans la tunique vaginale ; quand cette complication est portée à un degré considérable de développement, ou que seulement elle attire l'attention d'une manière particulière, il arrive souvent que l'orchite n'est aperçue qu'au moment où l'on pratique l'opération de l'hydrocèle, et ce n'est pas toujours sans un certain danger pour les malades ; car, si la quantité de liquide est beaucoup plus faible qu'on ne le pensait d'abord, et si en même temps l'engorgement du testicule est dans les conditions opposées, il est à craindre que le chirurgien ne se décide à pratiquer la castration.

Voici d'ailleurs, d'après M. Vidal, la manière de procéder à l'incision et à l'excision.

Incision. « On saisit d'une main la tumeur en tirant la peau en arrière, avec un bistouri courbe on incise d'abord la peau, puis les autres tissus, ou bien on pénètre, d'un seul coup, dans le kyste ; à la place du liquide qu'on vide, on met de la charpie sèche ou trempée dans du vin chaud, comme je l'ai fait une fois sur un enfant. Cette méthode est une des plus rationnelles, elle est promptement exécutée et peut être moins douloureuse que l'injection. Dupuytren l'employait quand il conservait des doutes sur la nature de la tumeur qu'il allait opérer. Il faisait d'abord l'incision de la peau assez étendue, ponctionnait ensuite avec la pointe du bistouri, et, si le liquide que faisait sortir cette ponction lui apprenait qu'il avait affaire à une hydrocèle, il agrandissait l'ouverture du kyste et le tamponnait avec de la charpie sèche. Si, au contraire, la ponction lui prouvait qu'il avait affaire à un sarcocèle, il disséquait la tumeur et l'emportait. D'ailleurs, quand le kyste est multiloculaire, l'incision est toujours préférable. Elle est plus méthodique que le séton, la tente et la canule, parce qu'elle permet de tamponner régulièrement, d'appliquer des brins de charpie sur tous les points de la tunique vaginale qui se trouve ainsi enflammée dans toute son étendue.

Excision. » L'excision n'est pas à dédaigner dans des cas spéciaux ; par

exemple, quand la tunique vaginale est dure, très-épaissie. C'est par ce procédé que j'ai opéré à l'Hôtel-Dieu le sujet dont j'ai déjà parlé, lequel avait une tunique vaginale si épaissie, si dure. J'imitai Dupuytren ; je saisis le testicule en arrière avec la main gauche qui le pressait comme on presse un noyau de fruit qu'on veut lancer au loin ; je fis une incision sur le plus grand diamètre de la tumeur, les lèvres de la plaie s'écartèrent considérablement ; alors avec la pointe du bistouri je perçai la coque et j'agrandis cette ouverture dans le sens de la première incision. Sur chaque bord de cette plaie faite à la tunique vaginale, je fis une incision ; ce qui me donna quatre lambeaux que j'excisai à leur base le plus près possible du testicule.

» Je pansai mollement avec de la charpie fine. Il se déclara une vive inflammation des bourses et du testicule dont je triomphai facilement, et la cure fut radicale.

» Cet exemple prouve mieux que tous les raisonnements l'excellence de l'excision dans ces cas exceptionnels. Il est certain qu'ici la simple incision avec tamponnement, et l'injection la plus irritante n'auraient pu faire disparaître cette coque dure qui aurait renouvelé continuellement l'hydrocèle.» (Vidal, *loco cit.*)

Ponction. Injections. Il est évident que dans les cas analogues à celui qu'indique M. Vidal, l'excision est la méthode qu'il faudrait préférer ; mais quand il n'existe aucune indication spéciale la ponction est aujourd'hui généralement employée, et c'est sur elle que nous insisterons d'une manière spéciale.

Lorsque le malade ne veut point se soumettre aux chances des injections, et qu'il veut seulement se débarrasser du liquide contenu dans la tunique vaginale, on se contente de pratiquer la ponction pure et simple, et celle-ci constitue ce que l'on appelle la *cure palliative;* quand au contraire on fait suivre la ponction des injections, on pratique la *cure radicale.* Ainsi donc la cure palliative n'est que le premier temps de la cure radicale. Voici, selon Boyer, comment on doit pratiquer la ponction.

« Le lieu de la tumeur où la ponction doit être faite mérite une attention particulière à raison de la situation du testicule. Pratiquée dans l'endroit qui correspond à cet organe, elle serait dangereuse et inutile ; dangereuse, parce qu'en blessant le testicule elle pourrait provoquer une inflammation grave ; inutile, parce qu'elle ne donnerait point issue au liquide épanché. Hors le cas d'adhérences contre nature, le testicule étant placé à la partie postérieure et moyenne de la tumeur, c'est à la partie antérieure et inférieure que l'on doit faire la ponction. La transparence de la tumeur à cet endroit, la fluctuation qui y est ordinairement bien distincte, l'absence de toute douleur par une forte pression font connaître d'une manière certaine que le testicule n'y adhère point, et qu'on peut, sans crainte de blesser cet organe, y plonger le trois-quarts. S'il se présentait des signes contraires, on ferait la ponction sur le côté externe de la tumeur. Lorsque la ponction a été pratiquée une ou plusieurs fois, ces précautions ne sont pas à négliger, parce que le testicule peut avoir contracté des adhérences dans l'endroit où le trois-quarts a pénétré.

» Le malade est couché dans son lit ou assis sur le bord d'une chaise, les cuisses écartées ; le chirurgien placé à la droite du malade, quel que soit le côté de la maladie, saisit la tumeur avec la main gauche de manière à tendre la peau et à pousser en bas la sérosité. De la main droite il prend le trois-quarts préalablement graissé avec de l'huile, du suif ou du cérat ; il le tient à poignée par le manche et il place le doigt indicateur sur la canule afin de fixer l'étendue à laquelle l'instrument doit pénétrer ; il le plonge dans la partie antérieure et inférieure de la tumeur, en le dirigeant de bas en haut et de devant en arrière, de manière à s'éloigner du testicule. Le défaut de résistance fait connaître que l'instrument est parvenu dans le sac. Alors le chirurgien prend la canule entre deux doigts et la retient, tandis qu'avec l'autre main il retire le poinçon. La sérosité s'écoule et les enveloppes du testicule reviennent sur elles-mêmes : il faut avoir soin que la canule les suive dans leur réaction, sans quoi l'écoulement du liquide serait

bientôt suspendu. Quand il est achevé, on retire la canule doucement en la tournant alternativement à droite et à gauche entre les doigts, tandis que de l'autre main on soutient la peau. Lorsque la canule est sur le point de quitter le sac on la dégage d'un seul coup.

» On applique une compresse sur le scrotum et on le maintient relevé à l'aide d'un suspensoir. Les topiques répercussifs dont on faisait autrefois usage dans le but de prévenir une nouvelle accumulation de sérosité, n'ont aucune efficacité. Le jour de l'opération, le malade doit garder le repos.

» Cette petite opération cause à peine une légère douleur au malade quand elle est faite avec un instrument bien acéré; quelques gouttes de sang s'échappent de la plaie quand la canule est retirée, et la cicatrisation s'opère en peu de jours; elle est ordinairement complète en vingt-quatre heures. » (Boyer, *Malad. chirurg.*)

Voilà à quoi se borne la ponction ou cure palliative de l'hydrocèle; cette ponction a suffi dans quelques cas pour produire une guérison définitive; mais ordinairement le liquide se reproduit en peu de temps, et l'on est obligé de recommencer l'opération. Quand on veut tenter une cure radicale on fait suivre la ponction de l'injection, procédé dont nous allons maintenant nous occuper.

« Le procédé de l'injection, dit Boyer, est le moins ancien de tous; néanmoins, l'inventeur n'en est pas connu d'une manière bien exacte. Monro en avait attribué les premiers essais à un chirurgien du même nom que lui, attaché au régiment de Hune. Mais cette opinion n'est pas établie sur des documents assez certains pour pouvoir être admise avec une pleine confiance. L'alcool, qu'on a d'abord employé, causait une inflammation trop forte. On y a renoncé, et on a reconnu que le vin avait une propriété assez stimulante pour produire d'une manière sûre l'inflammation nécessaire à la guérison.

» L'injection réussit d'autant mieux, et la guérison est d'autant plus prompte, que la tumeur est moins volumineuse. Alors, en effet, la tunique vaginale revient plus exactement sur elle-même pour s'appliquer sur le testicule et contracter des adhérences avec lui. D'un autre côté, comme après l'opération le testicule et ses enveloppes acquièrent un volume égal à celui que présente la tumeur, il en résulte que plus celle-ci est grosse, plus il faut de temps pour que ces parties reviennent à leur volume naturel. Ajoutez à cela que lorsque la tumeur a un volume médiocre, on détermine l'inflammation dans une surface moins considérable, et dès lors on la rend d'autant moins grave. Lors donc qu'une hydrocèle est d'une grosseur énorme, il faut, avant d'entreprendre la cure radicale par la méthode de l'injection, pratiquer une ponction préliminaire et attendre que la tumeur ait acquis le tiers ou la moitié du volume qu'elle présentait d'abord, pour procéder à l'injection; cette ponction préalable a un autre avantage, c'est de faire connaître le volume et l'état du testicule, connaissance qu'on ne peut acquérir exactement avant la ponction ni par le toucher ni par la transparence de la tumeur. Lorsque l'opération est indiquée, voici de quelle manière on y procède.

» On commence par raser le pubis et le scrotum du côté où l'opération doit être faite. On a du vin très-chaud et du vin froid, afin de pouvoir donner à leur mélange, au moment de l'injection, la température convenable. Il faut que le doigt puisse supporter à peine la chaleur du vin : elle doit être d'environ 30 à 32° (Boyer parle ici de degrés Réaumur, ce qui équivaut à 38 ou 40° centigr.). Les instruments nécessaires sont un trois-quarts un peu moins gros que celui qui sert à la ponction du ventre, et dont la canule ne doit point avoir de cannelure, une seringue d'argent ou d'étain, pouvant contenir dix à douze onces de liquide, et dont le tube doit entrer dans la canule du trois-quarts et s'y adapter exactement; un vase pour recevoir le liquide qui s'écoule par la canule, du cérat ou du suif pour graisser l'instrument; quelques compresses et un suspensoir sont aussi nécessaires.

» Tout étant prêt, on fait coucher le malade sur le dos, les cuisses écartées.

Le chirurgien, placé à sa droite, fait la ponction comme dans la cure palliative, avec cette différence néanmoins qu'après avoir retiré le poinçon, il enfonce profondément la canule dans les bourses, afin que la tunique vaginale, en revenant sur elle-même, ne l'abandonne point. Il favorise par des pressions méthodiques l'écoulement de la sérosité et cherche à le rendre complet. Il introduit alors dans la canule le tube de la seringue; celle-ci est soutenue par un aide chargé de pousser le vin dans la tunique vaginale. Cette partie de l'opération exige une attention toute particulière de la part du chirurgien et de l'aide. Le chirurgien doit tenir lui-même la canule du trois-quarts avec le pouce et le doigt du milieu, sans l'enfoncer ni la retirer, évitant d'en appliquer le bout contre la tunique vaginale, ce qui empêcherait le vin d'y pénétrer, ou ne lui permettrait d'y entrer que très-difficilement. L'aide doit tenir le corps de la seringue avec la main gauche, et pousser le piston avec la main droite d'une manière continue, mais lente et graduée; il ne doit cesser de pousser que lorsque la tumeur a repris à peu près le volume qu'elle avait avant la ponction. Il arrive quelquefois que l'aide ne peut plus faire avancer le piston de la seringue, avec quelque force qu'il le pousse, avant que la tumeur ait acquis ce volume. Cela vient de ce que la canule ayant été enfoncée trop avant, son extrémité est appuyée contre la tunique vaginale; il faut alors que le chirurgien la retire un peu pour permettre au vin de prendre la place de la sérosité. Si l'on continuait l'injection lorsque la tumeur a pris un volume égal à celui qu'elle présentait avant la ponction, on ferait éprouver à la tunique vaginale une distension trop forte, et l'on pourrait causer une espèce d'éraillement de ses fibres, ce qui favoriserait l'infiltration d'une certaine quantité de vin dans le tissu cellulaire, comme je l'ai vu plusieurs fois. Lorsque ce liquide a été injecté en quantité convenable, l'aide retire la seringue et le chirurgien applique le bout du doigt indicateur de la main gauche sur l'ouverture de la canule, afin que le vin ne s'échappe pas. Ce liquide doit séjourner trois à quatre minutes dans la tunique vaginale; ensuite on le laisse sortir et aussitôt on en injecte une nouvelle quantité, qu'on laisse dans la tunique pendant le même espace de temps. Deux injections suffisent dans presque tous les cas. On en fait un plus grand nombre cependant lorsque la tumeur est fort volumineuse, les enveloppes épaisses et la sensibilité obtuse, ce qu'on reconnaît au peu de douleur produite par les premières injections. On doit alors non-seulement injecter une nouvelle quantité de vin, mais le mettre à une température plus élevée. On reconnaît, dans tous les cas, que l'irritation est suffisante lorsque le malade éprouve un sentiment de pression sur le testicule, une douleur vive dans le trajet du cordon des vaisseaux spermatiques, et même quelquefois dans la région lombaire. Quand on a donné issue au vin de la dernière injection, il faut chercher à en faire sortir les dernières gouttes, d'abord en comprimant légèrement les enveloppes du testicule, ensuite en pompant avec la seringue adaptée à la canule le liquide et l'air qui n'ont pas été expulsés par la compression. » (Boyer, *loc. cit.*)

Pour pansement on est dans l'habitude d'entourer le scrotum de compresses imbibées de vin pareil à celui de l'injection et de renouveler ces compresses trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures, jusqu'au cinquième ou au sixième jour, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'inflammation ait acquis le degré d'acuité qu'on désire, et qu'il soit permis de les remplacer par des cataplasmes émollients.

Chez quelques malades l'inflammation acquiert son plus haut degré d'intensité dès le lendemain de l'opération; chez d'autres elle n'y arrive que vers le quatrième, le cinquième et même le sixième jour. Chez un malade opéré par M. Velpeau les symptômes phlegmasiques n'apparurent que du dixième au douzième jour, quoique le sujet, encore jeune, fût très-impressionnable et d'une constitution nerveuse plutôt que lymphatique. Le même malade avait été opéré de l'autre côté, l'année précédente, sans en

avoir été tourmenté davantage. Dans les deux cas le succès fut complet.

Un mouvement fébrile, quelquefois même une fièvre assez vive, et tous les symptômes d'une réaction générale évidente, accompagnent le travail local. M. Blandin (*Dict. de méd. prat.*, t. x, p. 128) parle d'un cas où la phlegmasie s'étendit jusqu'aux veines du cordon, et fit mourir le malade; mais il est rare que des accidents graves soient la suite de la ponction. Parfois même l'économie semble rester étrangère à ce qui se passe dans les bourses. La matière qui s'épanche au milieu de la tunique vaginale offre ceci de remarquable, qu'elle est molle, pâteuse ou demi-fluide, et forme, dans toute la rigueur du mot, de la matière ou de la lymphe plastique. Il s'y joint pourtant aussi, dans un bon nombre de cas, une certaine proportion de sérosité, mais presque jamais de flocons albumineux ou de véritable pus. Cet épanchement continue tant que l'inflammation augmente. La résorption s'en opère ensuite par degrés, de manière que les parties puissent reprendre leur volume naturel au bout de vingt jours, un mois, six semaines. Cette résorption semble quelquefois porter aussi sur les enveloppes du scrotum, qui étaient plus ou moins épaissies, ainsi que sur le testicule, dont le gonflement est en quelque sorte une conséquence nécessaire de la maladie première ou de l'opération. Pendant que les parties les plus fluides de la matière épanchée disparaissent, sa portion concrescible s'organise, se laisse pénétrer de vaisseaux, se confond insensiblement avec les deux parois de la tunique vaginale. Se résolvant en tissu cellulaire, elle soude si complétement l'une avec l'autre les deux lames de l'enveloppe séreuse qui l'a secrétée, qu'à la fin il ne reste plus de trace de cavité entre le testicule et les couches environnantes.

Lorsque l'inflammation commence à diminuer, c'est-à-dire vers le huitième ou le dixième jour, les cataplasmes émollients cessent généralement d'être indiqués, et les compresses résolutives, soit avec le vin, soit avec l'eau végéto-minérale, doivent leur être substituées. Comme la résolution se fait quelquefois avec trop de lenteur, il sera bon de se hâter de l'activer par des moyens convenables. Les cataplasmes de farine de graine de lin, arrosés d'extrait de saturne, ont paru avantageux; toutefois, les médicaments qui offrent le plus d'efficacité sont l'onguent mercuriel, sur ou sans un cataplasme, et les pommades iodurées ou hydriodatées, simples ou combinées avec l'opium, employées à petites doses ou en frictions sur la tumeur. Une précaution importante pendant tout le cours du traitement est de faire soutenir exactement le scrotum avec un suspensoir méthodiquement appliqué. Quoique l'inflammation aille rarement jusqu'à faire naître des abcès, c'est néanmoins un accident qui s'observe parfois; alors on voit le scrotum rougir, devenir saillant, puis fluctuant dans un point donné de son étendue, et présenter tous les symptômes d'un phlegmon ou d'un véritable dépôt. L'indication est la même que celle des abcès chauds en général.

Dans d'autres cas, la tumeur, après avoir diminué du tiers, de la moitié ou des trois quarts de son volume primitif, reste dans le même état, et laisse la guérison incomplète. C'est alors que les topiques astringents ou résolutifs sont surtout avantageux. On les a vus plusieurs fois triompher de cette résistance du mal et compléter la cure au moment où l'on pensait devoir revenir à l'opération. Cependant, malgré tous ces moyens, l'absorption peut ne pas se faire, et alors on est obligé de revenir à une nouvelle injection, à moins qu'on ne prenne le parti de pratiquer l'incision ou l'excision.

Malgré sa simplicité, l'injection peut offrir quelques difficultés ou produire quelques accidents sur lesquels il est nécessaire que nous nous arrêtions quelques instants.

Il arrive quelquefois que le liquide de l'injection, après avoir été poussé dans la cavité hydrocélique, ne peut alors ressortir ou ne ressort que difficilement et incomplétement, cela dépendant soit de ce que l'extrémité de la canule est appliquée contre les parois du kyste, soit de ce que des flocons ou des fausses

membranes viennent l'obturer, soit enfin de ce que l'hydrocèle, présentant ces loges multiples que nous avons indiquées, laisse entrer ce liquide, tandis que les cloisons en faisant soupape l'empêchent de ressortir. Lorsque les loges ne communiquent pas du tout, la ponction n'évacue qu'une partie plus ou moins considérable du liquide de l'hydrocèle. Dans tous ces cas, il faut faire exécuter à la canule des mouvements de bascule, de manière à chasser les matières qui obstruent la canule ou à rompre les cloisons qui s'opposent à la sortie des liquides; quand celles-ci sont très-résistantes et que ces mouvements ne suffisent pas, il faut introduire de nouveau le poinçon dans la canule et perforer ces cloisons comme on a perforé les parois extérieures du kyste.

On juge habituellement par la douleur que produit l'injection de l'efficacité qu'elle doit avoir; cependant on rencontre des malades qui ne souffrent pas ou presque pas; on conseille dans ce cas de faire une nouvelle injection et d'augmenter la dose d'alcool pour la rendre plus irritante; cette précaution nous semble inutile, lorsque l'injection a été dans le kyste pendant un temps convenable l'inflammation se manifeste et la guérison la suit, soit que le malade ait beaucoup souffert, soit qu'il n'ait éprouvé que peu ou point de douleurs.

Quant aux accidents qui peuvent suivre l'injection, voici comment les indique M. Velpeau :

« Ainsi que je l'ai dit, la canule abandonne avec la plus grande facilité la cavité vaginale pendant que le scrotum se rétracte et se vide. Cet accident, en apparence très-léger, expose aux suites les plus fâcheuses. L'aide pousse presque inévitablement alors le liquide entre les tuniques du scrotum, sans s'en apercevoir; il en résulte une inflammation qui se termine presque constamment par gangrène, si elle n'entraîne pas de prime abord la perte du sujet. Boyer fut témoin d'un cas de ce genre. Ce chirurgien avait chargé un aide de maintenir la canule pendant qu'il poussait lui-même l'injection : une inflammation gangréneuse survint, et le malade succomba. Un fait pareil est relaté par A. Cooper (trad. franç., p. 485). Un exemple s'en est encore présenté en 1836, dans un hôpital de Paris. J'ai vu en 1824 un accident de ce genre; les téguments et les tissus sous-jacents se gangrenèrent dans presque toute l'étendue du scrotum; les symptômes finirent néanmoins par se calmer, et le malade s'est rétabli. A. Cooper dit avoir été plusieurs fois témoin de pareilles phlegmasies gangréneuses causées par l'infiltration du vin dans l'épaisseur des bourses : c'est donc un accident très-grave qu'on doit s'attacher à prévenir. On s'en aperçoit, au reste, dans le moment même, à la douleur particulière que cause l'aide en voulant faire pénétrer le liquide, à la résistance qu'il éprouve, aux bosselures qui se manifestent aux environs de la canule, qu'on sent bien, en outre, n'être pas libre par son extrémité dans la tunique vaginale. En supposant que l'épanchement soit effectué, il faudrait, sans hésiter, scarifier profondément et sur un grand nombre de points toute l'épaisseur du scrotum, dépasser même un peu les limites de l'infiltration. Le traitement antiphlogistique, des cataplasmes émollients seraient d'abord mis en usage; après quoi on aurait recours aux résolutifs locaux, si, malgré ces moyens, la gangrène venait à se manifester ou à s'étendre. » (Velpeau, *loco cit.*)

L'infiltration du liquide vineux dans le tissu cellulaire est un accident si grave que nous devons ajouter encore quelques mots à ce qu'on vient de lire. M. Velpeau fait bien remarquer que lorsque le *scrotum* se rétracte, la canule est exposée à quitter la tunique vaginale; dans ces cas-là il n'y a, pour éviter l'accident, qu'à suivre avec la canule le mouvement de rétraction du scrotum; mais il arrive quelquefois qu'avant même que le scrotum ne se rétracte, ou pendant qu'il ne se rétracte que très-peu, le liquide passe encore hors de la tunique vaginale; cet accident dépend probablement de ce que le crémaster se rétractant beaucoup plus que les parties plus extérieures, l'orifice interne de la plaie s'éloigne de l'orifice externe, et l'extrémité de la canule se trouve ainsi quitter la tunique vaginale.

Telle est du moins l'explication que nous avons entendu donner à M. Nélaton de l'accident qui nous occupe, et cette explication nous paraît rationnelle. Il faut donc avoir soin, à mesure que le liquide vaginal s'écoule et lorsque le scrotum ne se rétracte que très-peu, d'enfoncer le plus possible la canule dans le côté de l'hydrocèle.

M. Guépratte a récemment présenté à la Société de chirurgie un trois-quarts destiné à prévenir l'infiltration de l'injection dans le tissu cellulaire. L'extrémité de la canule qui correspond à la pointe du poinçon est munie d'une petite valvule couchée quand on fait la ponction, et susceptible de se redresser quand l'instrument a pénétré dans la tunique vaginale. Cette valvule, en se redressant en dehors de la canule, forme une arête qui l'empêche de sortir de la tunique vaginale. Cette valvule se redresse et se couche par un mécanisme à crémaillère, mu par une vis de rappel. Le jeu de cette canule rappelle celui de la curette urétrale de M. Leroy-d'Étiolles, curette dont l'extrémité une fois engagée derrière le calcul se redresse à angle droit derrière lui et l'accroche pour le ramener au dehors.

L'idée de M. Guépratte nous paraît bonne ; nous reprocherons seulement à son instrument d'abord d'être inutile dans les mains d'un chirurgien habile, mais surtout d'être très-difficile à conserver. En effet, le mécanisme est en fer et il est baigné par le liquide qui traverse la canule ; ce mécanisme, impossible à bien nettoyer, doit être promptement mis hors de service par la rouille. Cependant l'instrument vaut la peine d'être expérimenté, principalement quand il aura reçu le petit perfectionnement que nous indiquons. Ajoutons toutefois que l'injection iodée ne déterminant par son infiltration ni gangrène ni inflammation, ôtera de leur prix aux moyens destinés à empêcher l'infiltration du liquide dans le tissu cellulaire.

L'infiltration vineuse elle-même n'est pas toujours suivie de gangrène ; ainsi M. Huguier a vu une fois cet accident n'être l'occasion d'aucune mortification de la peau ni du tissu cellulaire, le vin se résorba. M. Paul Guersant a également observé l'infiltration du vin sans que la gangrène soit survenue ; il y a plus, une injection d'alcool pur s'infiltra dans le tissu cellulaire et le liquide se résorba sans accident. (Société de chirurgie, *Gazette des hôpitaux*, 14 octobre 1845.)

Il n'en est pas moins vrai que ce sont là des exceptions bien rares, sur lesquelles il serait téméraire de compter.

M. Velpeau a encore signalé une autre forme de gangrène survenant en l'absence de l'accident qui vient de nous occuper.

« La gangrène du scrotum, dit-il, peut aussi se déclarer, bien que l'injection ait positivement été portée dans la poche vaginale. C'est un fait dont les auteurs ne parlent point, et qui pourtant ne paraît pas très-rare. Plusieurs personnes m'ont dit l'avoir observé, et des élèves instruits m'ont affirmé en avoir été témoins dans trois hôpitaux de Paris pendant le cours d'une même année. J'en ai moi-même recueilli des exemples remarquables. Un homme, âgé de soixante ans, qui portait une double hydrocèle médiocrement volumineuse, fut opéré par moi à l'hôpital Saint-Antoine, au printemps de 1829. La ponction et l'injection n'eurent lieu que du côté droit. Le liquide fut poussé deux fois sans obstacle, sans difficulté aucune, dans la tunique morbide. La preuve qu'il était bien entré dans cette poche, c'est que nous l'en fîmes sortir par la canule, à la dernière injection, en entier, tout aussi aisément qu'à la première. Le malade n'éprouva d'ailleurs que la douleur d'usage. Le premier, le second et le troisième jour, le gonflement des bourses suivit sa marche accoutumée ; l'inflammation resta même assez peu intense ; mais, le quatrième jour, nous aperçûmes un point mortifié à la face inférieure de la tumeur, et quoique je me fusse empressé de scarifier les parties, la gangrène ne s'en propagea pas moins, au point d'envahir le scrotum jusqu'à la racine de la verge et de faire naître les accidents généraux qui l'accompagnent ordinairement ; nous finîmes par en triompher cependant. Les lambeaux sphacélés se détachèrent peu à peu. La tunique vaginale, globuleuse, presque à nu au fond de la plaie, parut

se remplir d'une matière mollasse, comme si rien de particulier ne fût survenu ; et, après une longue suite de soins, la guérison s'effectua, même du côté qui n'avait point été opéré. Chez le second, traité à la Pitié, dans le mois de novembre 1831, rien n'avait pu faire prévoir un pareil accident, lorsque, le quatrième jour, sans qu'il y eût de douleur, de rougeur, de signes notables d'inflammation, je vis paraître une large eschare sur le devant du scrotum : aucune réaction n'est survenue, les tissus se sont graduellement exfoliés, et la cicatrisation s'est insensiblement effectuée. J'ai été témoin de trois faits analogues depuis. Dans l'un, tout s'est passé comme chez le précédent malade. Dans les deux autres, le mal ne comprit qu'un espace d'un pouce des tissus sous-cutanés des bourses. Chez les trois malades il y eut ceci de particulier, que la mortification ne fut précédée d'aucune inflammation apparente avant le neuvième jour, et qu'elle s'annonça par un simple boursouflement accompagné de crépitation sur la région du scrotum, qui devait en être le siége. Où prendre la cause de cette gangrène? Il est certainement impossible de l'attribuer à l'épanchement, par la canule, d'une certaine quantité de vin entre les couches qui séparent la tunique vaginale de la peau, et pourtant on ne peut guère l'attribuer qu'à l'infiltration vineuse.

»J'entrevois, du reste, quatre manières d'expliquer le fait en général ;

»1° En distendant, outre-mesure, la tunique vaginale par l'injection, on parvient aisément à l'érailler et à faire suinter au dehors quelques gouttelettes de liquide irritant. Je ne serais pas étonné que les choses se fussent passées ainsi chez le deuxième sujet dont je viens de parler. Cependant, chez lui comme chez le premier, les accidents ne s'étant manifestés qu'au quatrième jour, ne permettent guère d'admettre une semblable explication.

»2° Le plus sage serait peut-être de s'en tenir, pour ces deux malades au moins, aux conditions de faiblesse et de réaction ou bien à l'état de frayeur dans lequel ils se trouvaient, à la transmission insensible du travail phlegmasique de l'intérieur à l'extérieur. Si la gangrène du scrotum peut s'établir sous l'influence d'une simple ponction, ou même sans ponction préalable, on ne voit pas ce qui l'empêcherait de survenir quelquefois autour d'une hydrocèle opérée par l'injection vineuse.

» 3° Les éraillures de la tunique vaginale à travers ses doublures fibreuses étant faciles à opérer, doivent engager les chirurgiens à ne point distendre les parties pendant l'injection, plus qu'elles ne l'étaient par l'hydrocèle elle-même. Cette précaution est d'autant plus importante, que refluant entre la canule, crénelée ou non, et les tissus, le vin pourrait, à la rigueur, s'infiltrer ainsi entre les feuillets du scrotum. M. A. Bérard, qui adopte cette explication (*Gazette médicale de Paris*, 1833, p. 404), invoque en sa faveur un fait qu'il croit concluant. Aussi est-ce une raison pour rejeter la cannelure qui se voit sur la face externe de certaines canules à hydrocèle.

»4° Une trop grosse canule, laissant une ouverture assez large pour que la tunique vaginale puisse verser après coup quelques gouttelettes de liquide entre sa face externe et la peau, est également de nature à favoriser l'infiltration dont il s'agit : c'est un motif de plus pour en employer une plus petite. J'ajouterai que s'il reste une certaine quantité de vin dans le kyste après l'extraction de la canule, on conçoit que ce liquide puisse s'infiltrer par la piqûre et faire naître le même accident, en sorte qu'on doit en débarrasser la tunique vaginale aussi complétement que possible avant de retirer l'instrument, et s'abstenir ensuite de toute pression sur les bourses. » (Velpeau, *loc. cit.*)

Deux autres accidents peuvent encore accompagner l'opération de l'hydrocèle: ce sont l'hémorrhagie et la piqûre du testicule. Le premier, que J.-L. Petit a d'abord signalé, et sur lequel Scarpa a tant insisté, ne dépend que de trois causes : 1° de la blessure des branches artérielles fournies au scrotum par les honteuses externe et interne ou l'épigastrique ; 2° de la piqûre des vaisseaux testiculaires ; 3° d'une simple exhalation sanguine à la surface interne de la tuni-

que vaginale. De toute manière, on a peine à en comprendre le danger immédiat. Aucun de ces vaisseaux n'est assez volumineux, au moins dans l'état naturel, pour que son ouverture puisse réellement effrayer. Quant aux moyens à mettre en usage, ils se réduiraient à ouvrir largement le foyer sanguin, si la résolution tardait trop à s'en faire, ou s'il menaçait d'amener des symptômes graves. Ce ne serait plus à une hydrocèle d'ailleurs qu'on aurait affaire, mais bien à une hématocèle.

La piqûre du testicule n'a lieu que dans les cas où il n'a pas été possible de reconnaître exactement le siége du cordon spermatique ou de la glande séminale elle-même. Elle est à craindre encore lorsque l'hydrocèle est peu développée. Dupuytren, Boyer et presque tous les chirurgiens un peu répandus ont été à même de l'observer. Nous en avons dit assez sur les accidents qui peuvent en résulter, lorsque nous avons traité des plaies des testicules. L'organe s'enflamme quelquefois violemment et peut tomber en fonte purulente. Néanmoins cette blessure est accompagnée de moins de dangers qu'on ne se l'imaginerait au premier abord. Un malade ainsi atteint, et dans le testicule duquel le bout d'une canule était resté au point que l'injection seule l'en détacha, ne ressentit guère que les symptômes qui accompagnent communément l'opération par injection. Chez un autre, cependant, il survint un abcès, qu'on ouvrit et qui, pendant plusieurs semaines, fit craindre pour la perte de l'organe prolifique. Nous avons vu, chez deux autres sujets, cette piqûre ne plus laisser de traces dès le lendemain.

Emphysème. « Une dernière complication, dit M. Velpeau, de l'injection est la rétention d'une certaine quantité d'air ou de gaz dans la tunique vaginale. J'en ai vu plusieurs exemples, deux entre autres, où la crépitation s'est maintenue pendant près de quinze jours. Dans ces deux cas, comme dans les autres, il n'en est, du reste, rien résulté de fâcheux, et la guérison s'est régulièrement opérée. » (*Loco cit.*)

Quoique les accidents qui précèdent soient fort rares relativement au nombre d'opérations d'hydrocèle, ils sont cependant assez fréquents pour mériter toute l'attention du chirurgien. C'est dans le but de les rendre plus rares encore que M. Velpeau a tenté de substituer à l'injection vineuse une injection avec de la teinture d'iode. Nous allons le laisser exposer lui-même son procédé :

« Ayant appris que les préparations d'iode avaient été employées en topiques sur l'hydrocèle, et qu'on leur attribuait des succès, j'ai pensé à les essayer aussi en injection. Pour cela je me suis servi d'une solution ou d'un mélange d'eau et de teinture d'iode (un à deux gros de teinture par once d'eau). Après avoir vidé le kyste par la ponction ordinaire, j'y fais une injection de une à quatre onces du liquide précédent. Il est inutile d'en remplir la tunique vaginale, pourvu qu'en malaxant la tumeur on force le médicament à en toucher tout l'intérieur. On le retire aussitôt, mais sans craindre d'en laisser une certaine quantité. Comme il n'est pas nécessaire de chauffer le remède, ni d'en remplir le kyste, ni de le faire ressortir en entier, la seringue généralement employée pour les injections de l'urètre suffit ; on en est quitte pour la remplir trois ou quatre fois, si l'hydrocèle est volumineuse. Après l'injection le malade peut ne pas rester couché. La partie se gonfle pendant trois ou quatre jours sans causer de fièvre ni de douleur sérieuse ; la résolution commence ensuite et s'opère ordinairement avec rapidité. J'ai maintenant (janvier 1837) mis vingt fois cette méthode en usage. Aucun des malades n'a éprouvé le moindre accident ; dix-huit d'entre eux ont été guéris en moins de vingt jours ; chez un autre la résolution n'était encore qu'à moitié opérée au trente et unième jour : j'ai recommencé l'opération et la guérison s'est ensuite effectuée rapidement ; le vingtième, qui avait une hydrocèle à deux loges, est resté six semaines à l'hôpital, à cause d'un engorgement du testicule ; deux avaient déjà été opérés sans succès par l'injection vineuse ou la cautérisation ; deux avaient une hydrocèle enkystée du cordon ; chez trois la tumeur contenait environ douze onces de sérosité ; dix

avaient le testicule hypertrophié, bosselé, malade depuis long-temps ; chez tous, excepté un, la maladie datait de plus de six mois ; l'un était affecté depuis quinze ans, un autre depuis vingt-quatre ans.

» Avec la teinture d'iode substituée au vin, on n'a besoin ni de réchaud, ni de seringue faite exprès, ni d'aucun préparatif. N'étant pas obligé de distendre la tunique vaginale, on court à peine le risque de faire refluer le liquide ou de le pousser dans l'épaisseur du scrotum. Comme c'est une substance absorbable, son infiltration ne semble pas exposer aux inflammations gangréneuses comme le vin ; elle n'a pas besoin d'être retenue de cinq à dix minutes en place. J'en ai laissé exprès une once dans le kyste, et le succès n'en a été que plus prompt. Le retentissement de la douleur dans la région lombaire est inutile. Les malades souffrent très-peu ; ils pourraient se lever et marcher sans de graves inconvénients dès le lendemain. Un jeune homme qui avait inutilement subi l'injection vineuse, est venu de la ville se faire opérer le matin à l'hôpital, et s'en est retourné chez lui, où il n'a point cessé de se lever. Un autre, M. de Champl, que j'opérai en présence de MM. Parent et Nicolas, s'est promené chaque jour sans que la cure en ait été ralentie. La guérison est plus prompte et tout aussi solide que par le vin. Sera-t-elle aussi constante ? Rien ne m'autorise à en douter jusqu'à présent. N'oublions pas toutefois que ce ne sont là que des essais. Il reste encore à déterminer quelles sont les proportions de teinture les plus convenables, s'il vaut mieux retirer le liquide que d'en abandonner une partie dans le sac, s'il est indispensable que le malade reste couché, s'il est utile d'appliquer quelques topiques sur la tumeur, et si les résultats seront les mêmes dans les différentes sortes d'hydrocèles. Le temps seul peut éclaircir ces points de la question ; mais ce que j'ai obtenu est déjà de nature à justifier d'autres tentatives du même genre, et à faire supposer que la teinture d'iode sera probablement substituée avec avantage à l'injection vineuse dans le traitement de l'hydrocèle. L'un des premiers malades que j'ai traités de cette façon et qui était guéri le dixième jour, est mort depuis par suite d'une amputation de jambe. Le scrotum, disséqué avec soin, a montré que des adhérences cellulaires intimes s'étaient établies entre tous les points de la cavité vaginale, et qu'aucune récidive n'eût été possible. Avec ce liquide, une seringue de la capacité de trois à quatre onces est assez grande pour tous les cas ; seulement il faudrait, si on en choisissait une *ad hoc*, chercher la substance qui se laisse le moins altérer par l'iode, ou qui est le moins susceptible de réagir sur ce médicament. Je m'en suis tenu jusqu'à présent aux seringues en étain.

» Aux vingt faits que je possédais en janvier, je puis en joindre dix-huit autres aujourd'hui (1er mai 1837). Pas un accident n'est survenu, tous les malades sont guéris, et la moyenne du traitement a été de douze jours. » (Velpeau, *loco cit.*)

Si, comme les faits semblent le dire, le traitement suivant est aussi efficace qu'ingénieux, il mérite d'être recommandé aux praticiens.

« M. Baudens emploie avec succès un nouveau traitement pour combattre l'épanchement séreux de la tunique vaginale du testicule. Son traitement compte, dit-il, treize cas de guérison pour un revers ; il consiste à forcer le liquide à s'échapper au fur et à mesure qu'il se forme à travers un trajet fistuleux artificiellement établi.

» Pour faire cette fistule, M. Baudens a imaginé de recouvrir une aiguille à acupuncture ordinaire d'une canule comme celle du trois-quarts ; seulement une ouverture placée au centre de ce tube métallique communique avec le canal dont il est percé ; l'aiguille, armée de la canule, est introduite doucement dans le sac ; avec sa pointe l'opérateur explore le testicule, étudie sa position, puis la fait ressortir à un pouce ou dix-huit lignes au-dessous de son entrée. Le scrotum est ainsi traversé de part en part, comme il le serait par un séton ; on retire l'aiguille pour ne laisser en place que la canule, et à l'instant tout le liquide contenu dans le sac

s'écoule à l'extérieur par le trou dont est percée cette tige à sa partie médiane. On fixe la canule à l'aide d'un fil jeté autour d'elle en formant le 8 de chiffre, et on la laisse ainsi six à huit jours. Pendant ce laps de temps le liquide sécrété sort goutte à goutte ; on débouche de temps en temps le canal qui tend à s'obstruer, et quand le liquide s'échappe à la circonférence du tube, on peut compter sur la durée de la fistule, on retire la canule. Cette fistule persiste encore une huitaine; elle se ferme et la guérison est radicale. Dans un cas d'hydrocèle volumineuse, M. Baudens poussa de l'air dans le sac pour le stimuler, et la guérison a été radicale en quinze jours. Par ce mode opératoire on évite les deux grands écueils du procédé ordinaire pour la guérison de l'hydrocèle ; savoir : la lésion du testicule et les dangers du passage du liquide injecté dans le dartos. Par ce procédé encore on peut traiter toute espèce d'hydrocèle enkystée du cordon, congénitale, simple ou compliquée. Mais c'est surtout dans l'hydro-orchite qu'il donne des résultats remarquables. Il suffit, dit M. Baudens, qu'une couche de liquide, même fort légère, sépare le testicule engorgé du feuillet pariétal, pour que cette couche isolatrice préserve l'organe malade de l'action des médicaments employés sur le scrotum. Il n'existait pas d'instrument assez perfectionné pour soutirer le liquide; nous en avons créé un, et nous avons fixé l'attention des praticiens sur un fait dont l'ignorance a nécessité bien des fois l'ablation de testicules qu'on aurait pu conserver. » (Fabre, *Dictionnaire des dictionnaires de médecine français et étrangers*, t. v, p. 39.)

§. II. Hydrocèle congéniale.

On donne ce nom à une hydrocèle dont la poche communique avec la cavité du péritoine. On prévoit par là qu'elle ne doit guère se rencontrer que chez les enfants : sa formation s'explique par les rapports qu'a chez le fœtus le testicule avec l'abdomen ; cette glande en descendant dans le scrotum est accompagnée d'un prolongement de la séreuse abdominale et c'est dans ce prolongement que se fait l'accumulation du liquide *hydrocélique*. Dans cette espèce d'hydrocèle les rapports du testicule et de la cavité ne sont pas toujours les mêmes que dans l'hydrocèle ordinaire.

Si en déprimant le péritoine le liquide forme une tumeur qui s'engage au-devant ou en arrière du muscle crémaster, l'hydrocèle pourra se montrer seule dans le scrotum, au-dessous du testicule encore retenu ou caché dans le canal inguinal. Dans quelques cas, c'est tout le contraire ; le testicule descend le premier, et la tumeur aqueuse se voit au-dessus ; mais le plus souvent l'hydrocèle et le testicule offrent les mêmes rapports que dans l'hydrocèle ordinaire.

Cette maladie, que Viguerie a étudiée le premier avec soin, qu'on observe quelquefois chez les nouveau-nés, et dans les premiers mois de la vie, continue de se montrer encore jusqu'à l'âge de huit à dix ans, mais rarement plus tard. Tout en admettant que la sérosité puisse y arriver directement de l'abdomen, nous croyons, néanmoins, qu'elle est le plus souvent exhalée par la tunique vaginale elle-même. Les frottements du scrotum pendant le travail de l'enfantement, les irritations qui résultent de son contact répété avec les urines, tous les genres de pression auxquels il est exposé dans les premiers temps de l'existence en expliquent mieux l'apparition, il nous semble que la supposition d'un état maladif du péritoine abdominal. Au demeurant elle paraît reconnaître les mêmes causes que l'hydrocèle de l'adulte, si ce n'est toutefois qu'elle naît rarement d'une affection du testicule. On la distingue de toute autre à la possibilité de vider la tumeur par la pression, et d'en faire rentrer le liquide dans le ventre. L'âge du sujet suffit déjà pour éveiller l'attention. Diminuant pendant le coucher, augmentant lorsque le malade est debout, la tension du scrotum n'est presque jamais aussi grande que dans l'hydrocèle ordinaire. La communication du kyste avec le péritoine est, du reste, tellement rétrécie dans la plupart des cas, quelle que soit la position du testicule, que la pression n'en fait pas toujours disparaître aisément la sérosité, et que la tumeur

rentre plutôt en masse à travers l'anneau externe.

Le pronostic de l'hydrocèle congénitale est à la fois moins grave et plus grave que celui de l'hydrocèle des adultes : moins grave, en ce que le mal disparaît plus facilement sans opération ; plus grave, parce que, si elle devient nécessaire, l'opération semble être plus dangereuse. Ses deux inconvéniens principaux sont de gêner le développement du testicule, ou d'en retarder la descente, et d'exposer l'enfant à la hernie de la tunique vaginale. Elle guérit souvent sans secours, et par les seuls progrès de l'âge. La compression à l'aide d'une pelote méthodiquement retenue sur l'anneau, les topiques résolutifs suffisent pour en débarrasser le malade dans un grand nombre de cas. A moins d'indications particulières, il ne faut donc pas trop se hâter d'en venir à l'opération. On lui a d'ailleurs appliqué les mêmes méthodes qu'à l'hydrocèle en général. L'incision, l'excision, la tente, le séton, l'acupuncture seraient plus redoutables encore que l'injection, à cause de la suppuration qu'elles font naître, et de l'épanchement qui pourrait se faire dans le péritoine. L'hydrocèle congénitale n'étant presque jamais compliquée d'hématocèle ni d'épaississement considérable des tuniques scrotales, n'offre d'ailleurs aucune indication pour l'emploi de ces diverses méthodes. Quant aux injections irritantes, elles ont été proposées par Viguerie ; mais la presque totalité des chirurgiens d'aujourd'hui les repoussent formellement. La raison qu'ils en donnent c'est que, pendant l'opération, il est à peu près impossible, malgré la compression la plus exacte exercée sur l'anneau, d'empêcher absolument le vin de pénétrer dans le péritoine, et qu'alors on doit craindre de substituer une péritonite mortelle à une maladie légère.

M. Velpeau ne partage cependant pas ces appréhensions : «Je ne puis en aucune façon, dit-il, partager la frayeur de Desault sur ce point. Un jeune garçon, opéré par Mignot, au moyen de l'injection vineuse, à l'hôpital de Tours, lorsque j'y étais élève, fut guéri sans avoir éprouvé le moindre accident. J'ai vu deux opérations semblables, et je n'ai pas été moins heureux. D'abord il est facile d'éviter toute introduction de liquide dans l'abdomen au moment de l'injection : pour cela il suffit de fixer le pouce avec une certaine force sur le pubis, dans l'anneau, pendant qu'un aide pousse le remède. Le chirurgien pourrait le faire lui-même d'une main, tout en maintenant la canule de l'autre, s'il n'avait pas d'aide qui pût se charger de ce soin pendant l'injection, quelques gouttes de vin dans le péritoine n'exposeraient au surplus qu'à de faibles dangers ; il en faudrait une certaine quantité pour amener une phlegmasie grave. M. Cloquet parle d'un malade qui en avait ainsi reçu plusieurs onces et qui n'a point succombé.

» Le gonflement qui suit l'injection ne permettrait point aux quelques gouttes qui peuvent être restées dans la tunique vaginale de remonter dans le ventre. Quant à l'inflammation du kyste, c'est une petite phlegmasie adhésive, qui n'a que peu de tendance à s'étendre au delà des surfaces qui ont pu être touchées par le vin. Enfin la teinture d'iode, n'obligeant point à distendre le sac, étant facilement absorbée, ne donnant lieu qu'à une inflammation très-modérée, et ne causant aucune réaction, offre d'ailleurs, si je ne me trompe, toute sécurité en pareille circonstance. Je pense donc que l'hydrocèle congénitale doit être traitée par la teinture d'iode, comme l'hydrocèle ordinaire, avec la simple précaution de fermer le canal inguinal avec le pouce pendant l'injection, et sans qu'il soit nécessaire de maintenir ensuite cette compression à l'aide d'une pelote ou d'un bandage quelconque, comme quelques personnes l'avaient conseillé. » (Velpeau, *loco cit.*)

M. Vidal, de son côté, ne partage pas tout à fait la sécurité du chirurgien de la Charité, et semble disposé à ne pratiquer l'opération qu'à la dernière extrémité. Voici comment il s'exprime :

« Je suis de l'avis des chirurgiens qui repoussent les injections dans le traitement de cette hydrocèle, parce que je ne crois pas que la compression exercée par l'aide, sur le canal inguinal, empêche la pénétration du liquide irritant dans le péritoine, et surtout parce qu'il n'y a

aucun inconvénient à attendre les effets du temps qui finit presque toujours par opérer la guérison. » (Vidal, *loco cit.*, t. v, p. 681.)

§ III. Hydrocèle du cordon.

1° *Hydrocèle par infiltration.* « Cette espèce d'hydrocèle, comme celle des bourses, se présente sous la forme d'infiltration et sous celle d'épanchement circonscrit; mais il y a cette différence que l'hydrocèle par infiltration du cordon peut être une maladie locale, formée par la réunion de petits kystes, tandis que l'hydrocèle par infiltration des bourses n'est presque jamais qu'un symptôme coïncidant avec un œdème plus général.

» Cette maladie (celle du cordon), essentiellement chronique, dit M. Velpeau, se compose d'un nombre plus ou moins considérable de petits kystes, de cellules remplies de sérosité, occupant tantôt toute la largeur du cordon, depuis l'épididyme jusqu'à la fosse iliaque, tantôt une partie seulement de cet organe, soit du côté des bourses, soit dans le canal inguinal. Les causes en sont peu connues et les exemples assez rares. La tumeur se présente sous la forme d'une corde bosselée, mollasse, indolore, dépourvue d'empâtement, sans changement de couleur à la peau, du volume du pouce, un peu plus ou un peu moins, qui s'arrête par une sorte d'étranglement à la racine du testicule ou au-dessus, et qui se prolonge quelquefois profondément dans le canal inguinal. Faisant corps avec le cordon, ne pouvant être ni abaissée, ni soulevée sans le testicule, d'une très-grande mobilité, indépendante du scrotum proprement dit, cette tumeur détermine, quand on la comprime d'une certaine façon, une douleur analogue à celle que produit la pression du testicule.

» Un abcès froid, un abcès par congestion, une suppuration quelconque du cordon, certains bourrelets graisseux, l'épiplocèle et le varicocèle, pourraient à la rigueur en imposer pour une hydrocèle par infiltration. Cependant les signes propres du varicocèle et de l'épiplocèle sont assez tranchés pour rendre la méprise facile à éviter. L'attitude du malade, l'état de tension ou de relâchement des muscles n'influent que très-légèrement sur le volume de l'hydrocèle, tandis que c'est tout le contraire pour le varicocèle, et même pour l'épiplocèle. Une infiltration purulente idiopathique serait accompagnée d'un travail pathologique, de douleur ou d'un empâtement qui éveilleraient l'attention. Les accidents qui précèdent la formation d'un abcès par congestion, et la marche habituelle de cette dernière maladie, rendraient aussi l'erreur assez difficile.

» L'hydrocèle par infiltration tourmente encore moins les malades que l'hydrocèle de la tunique vaginale. Comme elle acquiert rarement un grand volume, ceux qui la portent en ignorent souvent l'existence pendant plusieurs années. Cependant, quand elle dépasse les dimensions du pouce, et qu'elle occupe le canal inguinal, les parois solides qu'elle est obligée de distendre finissent par en rendre la présence pénible, et parfois véritablement douloureuse. Elle peut en outre, quels qu'en soient la position et le volume, réagir sur le canal déférent, et fatiguer le testicule. Enfin son accroissement indéfini, ou toute autre circonstance, peuvent y faire naître l'inflammation, et la transformer en une maladie réellement sérieuse. Pour peu qu'elle gêne, ou que le volume en soit considérable, il est donc prudent d'en débarrasser le malade.

» S'il est vrai que l'hydrocèle du cordon par infiltration puisse guérir sans opération, il faut au moins que cela soit rare, car je n'en connais pas d'exemple. J'ajouterai que la cure palliative ne lui est point applicable; il faut ou n'y rien faire, ou tenter une opération capable de la guérir radicalement. Ici les caustiques, l'excision, le séton, la tente, l'injection elle-même, doivent être proscrits comme dangereux ou insuffisants. On ne réussirait, en traversant toute la tumeur dans le sens de sa longueur avec un simple fil, comme je l'ai fait une fois, qu'après l'avoir transformée en un abcès que, plus tard, il faudrait presque toujours ouvrir largement; l'incision en est à peu près,

en effet, le seul remède. Dans le canal inguinal, cette opération serait fort dangereuse ; on ne s'y déciderait que si l'hydrocèle causait réellement des accidents sérieux. Entre l'anneau et le testicule elle n'est pas non plus sans inconvénient puisqu'elle expose à la blessure du canal déférent, ainsi qu'à celle des veines et artères spermatiques. Il importe en outre, pour qu'elle réussisse et ne se reproduise pas, que le cylindre infiltré soit fendu dans toute son étendue. De toute façon, c'est une opération plus grave que celle de l'hydrocèle vaginale, et qu'il est bon de ne pas pratiquer sans y être en quelque sorte forcé par la gêne que cause la maladie.

2° *Hydrocèle enkystée du cordon.* « Quelquefois primitive, l'hydrocèle enkystéee du cordon succède assez souvent aussi à la précédente, qui n'en est pour ainsi dire que le premier degré. On conçoit, en effet, qu'à la longue, une ou quelques-unes des cellules du cordon infiltré puissent s'agrandir, se distendre plus que les autres, et constituer bientôt de véritables kystes qui absorberont toute l'attention. Aussi l'hydrocèle enkystée du cordon est-elle tantôt simple, tantôt multiple. Sa forme est ordinairement globuleuse ou ovoïde ; son volume varie depuis celui d'une noisette jusqu'à celui du poing ; en général, il égale celui d'une grosse noix ou celui d'un œuf de poule. Comme développement et comme tumeur, elle présente les mêmes caractères que l'hydrocèle vaginale ; son diagnostic différentiel présente quelques difficultés spéciales. Elle peut être prise pour un testicule surnuméraire, comme Scarpa en rapporte un exemple. (*Archives générales de médecine*, t. IV, p. 158.)

Obs. 1re. « J'ai observé en 1836, à la Charité, dit M. Velpeau, un des faits les plus singuliers sous ce rapport ; c'était chez un jeune homme âgé d'environ vingt ans : le volume, la forme, la densité, la mobilité du kyste étaient si exactement semblables à ce qu'on observe dans le testicule, qu'après avoir changé furtivement de lieu les deux masses en présence des assistants, j'ai pu induire en erreur plusieurs chirurgiens fort exercés. Ici le sac anormal existait depuis l'enfance, et le sujet croyait avoir trois testicules. En y regardant de près, cependant, on ne tardait pas à reconnaître qu'il n'y avait pas d'épididyme sous le kyste, et que le cordon qui en tenait lieu en arrière se prolongeait jusqu'à la tumeur inférieure. La compression servait ensuite à faire distinguer les deux tumeurs, puisqu'elle ne causait presque aucune douleur pour l'une, tandis que sur l'autre elle faisait naître la sensation si caractéristique des pressions du testicule. En joignant à ces traits particuliers la transparence du kyste et l'opacité de la glande séminale, nous avions, et on aurait en pareil cas, des signes suffisants pour lever tous les doutes, si les autres apparences de la tumeur pouvaient laisser quelque incertitude dans l'esprit de l'observateur. Il n'en est pas moins vrai que le diagnostic de l'hydrocèle enkystée du cordon est parfois très-difficile. Qu'elle soit unique ou multiloculaire, en effet, comment la distinguer des kystes formés par d'anciens sacs herniaires, quand la tumeur ou les tumeurs se trouvent au voisinage du canal inguinal ? Si, comme je le crois, elle s'établit assez souvent dans une portion restée libre de l'ancien conduit péritonéal, et si en grossissant elle s'incline du côté du testicule, qui pourra ne pas la confondre avec une hydrocèle de la tunique vaginale ? Comment s'assurer, en outre, que la poche ou les petites poches ne sont pas dues à des adhérences anormales ou pathologiques de l'enveloppe séreuse naturelle du testicule, comme dans l'un des cas que j'ai cités plus haut ? Heureusement que ces embarras de diagnostic n'influent ni sur le pronostic ni sur la thérapeutique de la maladie.

» L'hydrocèle enkystée du cordon ne se montre presque jamais sous forme aiguë ; elle marche habituellement, au contraire, avec une lenteur extrême. Ne dépassant que rarement le volume d'un gros œuf elle réagit à peine sur le testicule et gêne fort peu le malade. Aussi rencontre-t-on beaucoup de sujets qui ne veulent pas essayer le moindre remède pour s'en débarrasser. Tout ce que nous avons dit du traitement de l'hydrocèle de la tunique vaginale lui est applicable. Les chirurgiens modernes, qui ont objecté

que la tumeur était profonde, entourée de quelques-uns des éléments du cordon, trop rapprochée du péritoine, etc., ont oublié que ces particularités rendraient l'incision ou l'excision qu'ils proposent bien plus dangereuse encore que l'injection qu'ils proscrivent. A part le testicule, les rapports sont réellement les mêmes ici que dans l'hydrocèle vaginale ; et pour peu que le kyste soit volumineux, c'est encore la méthode des injections qui convient le mieux. L'opinion que nous exprimons ici est aujourd'hui celle de tous les chirurgiens ou à peu près ; cependant il ne faut pas oublier que Dupuytren pratiquait dans ces cas de préférence l'incision et qu'il en obtenait de bons résultats, comme on peut s'en convaincre dans l'observation suivante que nous choisissons entre plusieurs autres...»

Hydrocèle enkystée du cordon des vaisseaux spermatiques.

Obs. 2. « Un enfant âgé de douze ans, couché au nº 20 de la salle Sainte-Agnès, fut opéré en 1828, à l'Hôtel-Dieu, d'une hydrocèle de la tunique vaginale du côté gauche. Il fut traité par la méthode de l'injection, et sortit parfaitement guéri. Quelques mois après il se développa à l'aine, vis-à-vis de l'anneau inguinal, une petite tumeur molle, indolente, fluctuante et sans changement de couleur à la peau. Cette maladie fut prise, à ce qu'il paraît, pour une hernie, car un bandage lui fut conseillé. Malgré son emploi la tumeur continua à s'accroître, et le malade entra à l'Hôtel-Dieu au mois d'octobre 1829, pour réclamer les conseils de Dupuytren. Voici dans quel état il se trouvait :

» Une tumeur arrondie et cependant un peu allongée, du volume d'un gros œuf de pigeon, existait vis-à-vis l'anneau inguinal ; elle commençait à un demi-pouce de cette région et venait se terminer près de l'épididyme. Malgré sa tension elle était fluctuante et sans changement de couleur à la peau. Les efforts du malade pour tousser ne faisaient éprouver à la main appliquée sur cette tumeur aucune sensation de retentissement. On pouvait la faire rentrer dans l'intérieur du canal inguinal, mais on reconnaissait qu'elle était isolée ; enfin elle présentait une transparence très-manifeste. Ces caractères ne laissant aucun doute à Dupuytren sur l'existence d'une hydrocèle enkystée, il résolut de la traiter par la méthode de l'incision.

» Cette opération fut en effet pratiquée le 15 octobre 1829. Le malade était couché sur le dos, on fit une incision sur la peau qui recouvrait la tumeur ; cette incision fut faite avec beaucoup de précaution, et comme si l'on avait affaire à une hernie. On ne pouvait agir autrement, car on avait à éviter deux écueils : une erreur de diagnostic et la lésion d'une des parties constituantes du cordon, parties dont il était impossible d'assigner le rapport avec le sac. Les couches sous-jacentes furent successivement coupées, et l'on arriva enfin au kyste. Un jet de sérosité citrine indiqua qu'on avait pénétré dans son intérieur. L'ouverture fut agrandie avec un bistouri et des ciseaux ; le doigt introduit dans le kyste ne fit reconnaître aucune communication. La sérosité qu'il contenait étant entièrement évacuée, on le remplit de charpie afin de provoquer l'inflammation, et par suite l'adhérence de ses parois.

» Aucun accident ne se manifesta chez ce jeune malade. La charpie fut renouvelée. Au bout de quelques jours une inflammation modérée s'empara du kyste ; une suppuration abondante eut lieu. Douze jours après la plaie était cicatrisée. » (*Clin. chir.*, t. IV, p. 192, 2e édit.).

§ IV. Hydrocèle du sac herniaire.

L'hydrocèle qui se forme dans un sac herniaire tient de l'hydrocèle vaginale ou de celle du cordon, suivant que le sac descend plus ou moins bas dans les bourses. Quand cette hydrocèle complique une hernie actuelle elle ne constitue qu'un épiphénomène sans importance ; quand au contraire elle existe dans un sac que les viscères ont abandonné, elle ne diffère pas assez de celles que nous venons de décrire pour mériter une description spéciale.

ARTICLE XVII.

Hématocèle.

On donne ce nom à une tumeur des

bourses formée par une accumulation de sang pur ou mélangé d'une quantité plus ou moins considérable de sérosité.

On distingue généralement deux variétés d'hématocèle : l'une, qu'on appelle hématocèle par étranglement, et qu'il conviendrait mieux d'appeler hématocèle enkystée, consiste dans l'isolement du foyer sanguin ; l'autre, qu'on nomme hématocèle par infiltration, n'est autre chose qu'une infiltration sanguine du tissu cellulaire des bourses. Pott voulait qu'on en reconnût une troisième variété dans laquelle le sang serait renfermé dans la tunique albuginée ; mais la circonstance de l'épanchement sanguin dans ce point n'est jamais qu'un épiphénomène d'une maladie, et ordinairement d'une dégénérescence du testicule, et ce serait abuser inutilement du langage que de le considérer comme une hématocèle.

L'hématocèle n'a que peu occupé les auteurs jusqu'à ce jour, aussi n'est-il pas étonnant de voir M. Velpeau dire que son histoire reste à faire presque tout entière.

« L'hématocèle, dit Boyer, n'est presque jamais spontanée ; elle succède presque toujours à l'ouverture de quelques vaisseaux, soit par l'effet d'une contusion ou d'une plaie accidentelle, soit par suite d'une opération pratiquée sur les bourses.

» L'hématocèle formée par l'infiltration du sang dans le tissu cellulaire du scrotum est une véritable ecchymose. Cette espèce d'hématocèle, ainsi que toutes les ecchymoses, est produite par toutes les causes capables de rompre de petits vaisseaux cutanés, et notamment par une contusion. Elle se forme aussi quelquefois après l'opération de la taille. On la reconnaît à la couleur noirâtre, violette, jaunâtre du scrotum, qui, peu tuméfié, conserve ses rides naturelles et permet de distinguer le testicule, qui n'est nullement affecté. Cette hématocèle se termine presque toujours par résolution. On favorise l'absorption du sang infiltré à l'aide des topiques spiritueux aromatiques, comme dans toutes les ecchymoses.

» Le sang s'infiltre quelquefois dans le tissu cellulaire du cordon spermatique, à la suite de la rupture de l'une des branches de la veine spermatique causée par une chute, un coup, un violent effort pour soulever un fardeau. Cette infiltration se forme subitement et donne lieu à une tumeur qui couvre le cordon spermatique et s'étend jusqu'à la partie latérale du scrotum. La circonstance dans laquelle cette tumeur s'est manifestée, le sentiment équivoque de fluctuation qu'elle donne, la situation distincte du testicule au-dessous d'elle, son étendue jusqu'à l'anneau inguinal, qu'elle remplit de manière à empêcher d'y distinguer le cordon, sont autant de circonstances qui l'ont fait prendre quelquefois pour une hernie.

» On évitera aisément cette méprise en réfléchissant que si une hernie formée subitement n'est point étranglée, le malade éprouve des symptômes qui n'ont jamais lieu dans la tumeur sanguine dont il s'agit. Cette tumeur peut subsister long-temps dans le même état ; mais elle se dissipe rarement par résolution ; le sang est accumulé en trop grande quantité pour qu'il puisse être résorbé. » (Boyer, *loc. cit.*)

L'hématocèle par infiltration, selon M. J. Cloquet (*Dict. de méd.*, art Hématocèle) est la plus fréquente. On l'observe après de violentes contusions du scrotum, après les opérations de la hernie inguinale, de la castration, etc. Elle se reconnaît aux symptômes suivants : la tumeur formée par la distension du scrotum est égale, lisse, polie, pâteuse, peu douloureuse au toucher, d'une couleur rouge violacée, marbrée de taches noires plus ou moins foncées, telles qu'on les observe dans les fortes ecchymoses. Les rides qui couvrent ordinairement les bourses ont entièrement disparu.

Quand l'hématocèle par infiltration est très-considérable elle peut entraîner la gangrène du scrotum et par suite celle du testicule lui-même ; d'autres fois il se forme de vastes abcès qui peuvent fuser plus ou moins loin, et occasionner des désordres considérables. Quand l'infiltration est faible, le sang peut se résorber complétement, comme dans une ec-

chymose ordinaire ; d'où il suit que le pronostic est infiniment variable suivant le degré de l'épanchement.

Quand la tumeur est récente on la couvre de compresses résolutives ou de cataplasmes émollients laudanisés, de fomentations narcotiques dans le cas de vives douleurs, et l'on continue pendant quelques jours. Si l'on voit que la résorption ne se fait pas et que les téguments commencent à s'enflammer, on est obligé d'inciser la tumeur dans toute son étendue pour donner issue à ce liquide. Lorsque cette incision est faite et que le sang en partie fluide et en partie coagulé que contient la tumeur est exprimé et abstergé avec une éponge, on cherche à découvrir la crevasse d'où il sortait. Rarement on la trouve, parce que le sang est arrêté lorsqu'on se détermine à ouvrir la tumeur. On couvre la plaie d'un linge fin, sur lequel on place de la charpie qu'on soutient avec des compresses et un bandage convenable. La suppuration s'établit et la plaie, pansée comme une plaie simple, se cicatrise sans obstacle. Le testicule reste un peu gonflé à cause de l'irritation que le premier appareil exerce sur le cordon spermatique. Cependant Pott a vu survenir, après l'ouverture de la tumeur, une hémorrhagie qu'il ne fut pas possible d'arrêter, et qui rendit nécessaire la castration.

Ce dernier accident, quoique extrêmement rare, doit rendre le chirurgien économe d'incisions ; il ne devra y recourir que lorsque tout espoir de voir la résorption s'opérer sera définitivement perdu.

Les auteurs ont été plus sobres encore sur l'hématocèle enkystée ou par épanchement que sur celle qui précède. Boyer n'en parle qu'à propos de la ponction de l'hydrocèle, et comme accident de cette opération. Il semble croire ou à peu près que la ponction en est l'unique cause, et que l'épanchement a toujours lieu dans la tunique vaginale ; car chaque fois qu'il parle du sang qui peut se rencontrer en dehors de cette tunique, il se sert toujours de l'expression sang *infiltré* au lieu de sang épanché. L'observation suivante, publiée par M. Gosselin, montre que l'épanchement de sang peut se faire ailleurs que dans la tunique vaginale, et prouvera en même temps la nécessité de recueillir de nouvelles observations pour tracer l'histoire de l'hématocèle.

Obs. 1re. « Georges Léger, âgé de quinze ans, garçon de cour chez un laitier à Villejuif, est d'une bonne constitution. Il ne se souvient pas d'avoir jamais été malade, n'est point sujet aux rhumes, n'a pas eu de ganglions engorgés, n'offre enfin aucune apparence de tempérament scrofuleux.

» Il dit s'être apperçu seulement il y a dix jours d'une douleur et d'un gonflement dans les bourses, sans changement notable de couleur à la peau. Ce gonflement a augmenté rapidement, et paraît avoir cessé de faire des progrès depuis trois ou quatre jours. L'enfant a néanmoins continué à marcher et à travailler ; la douleur ne devenait très-vive et insupportable que s'il voulait monter à cheval. Du reste, il n'est survenu ni fièvre ni inappétence ; la nuit, et dans la position horizontale, les douleurs disparaissaient presque complétement. Si l'on demande à ce malade à quelle source il attribue le développement de cette tumeur, il répond qu'il ne sait rien à cet égard ; il n'a reçu aucun coup, n'a pas fait de chute sur les bourses. Il signale seulement qu'il est obligé depuis long-temps de faire tous les jours de longues courses à cheval ; et cependant il n'a pas remarqué que peu de jours avant l'apparition de son mal le scrotum ait été froissé douloureusement. L'exercice du cheval n'est devenu pénible qu'à l'époque où la tumeur existait déjà.

» Il entre à l'Hôtel-Dieu (salle Saint-Jean, n° 9) le 20 février 1844, et voici ce que l'on constate :

» La tumeur occupe le côté gauche du scrotum, mais dépasse un peu le raphé pour se porter à droite ; elle est piriforme, la grosse extrémité tournée en bas et la petite en haut. Son volume est celui d'un gros œuf de dinde. La peau n'est point ecchymosée, elle offre seulement une teinte légèrement brunâtre, que l'on apprécie bien en examinant

comparativement la partie du scrotum qui recouvre le testicule droit. Cette tumeur est molle, très-évidemment fluctuante ; lorsqu'on la tient soulevée sur la main, après l'avoir agitée, elle donne à cette main une sensation de tremblotement tout particulier, parfois même on aperçoit à l'œil ce tremblement. La consistance n'est pas la même dans tous les points : à la partie interne et au delà du raphé on sent quelque chose de plus dur et d'inégal. La pression est généralement douloureuse, mais plus spécialement dans le point plus dur dont nous venons de parler.

» Le testicule droit est à sa place naturelle et n'offre rien de particulier ; quant au testicule gauche, bien que la tumeur soit placée de ce côté, il en est parfaitement distinct. On le sent à la partie supérieure et externe du scrotum, on le fait aisément glisser de haut en bas et de bas en haut, et on peut très-facilement le circonscrire de toutes parts avec les doigts, circonstances qui n'auraient pas lieu si le liquide placé dans la tunique vaginale environnait partout ce testicule. Il n'est, du reste, ni gonflé ni douloureux. Le malade n'a point de varicocèle.

» J'ajouterai que la tumeur n'offre aucune transparence.

» Il était plus que probable, d'après la mollesse de cette tumeur, d'après sa fluctuation et son opacité, qu'il s'agissait d'une collection sanguine. Néanmoins, pour assurer le diagnostic, M. Blandin fit, le 23 février, une ponction exploratrice, avec le trois-quarts, à la partie la plus déclive des bourses. Il s'échappa par la canule au moins un demi-verre de sang très-liquide et d'une couleur rouge-foncé. Néanmoins la tumeur ne se vida pas complétement. Après avoir évacué autant de liquide que l'on put, il resta encore une masse plus consistante, évidemment constituée par des caillots sanguins.

» Le 25, M. Blandin fait, à la partie antérieure du scrotum, une incision d'environ cinq centimètres, par laquelle il fait sortir les caillots sanguins, tous assez mous, peu consistants et colorés en rouge. Cette opération permet encore d'assurer que la collection n'était point dans la tunique vaginale, car il est aisé de reconnaître que le testicule n'est point dans la poche actuellement ouverte.

» On met un peu de charpie dans l'ouverture, un linge cératé, et on maintient les bourses relevées. On renouvelle le pansement tous les jours. Aucun accident n'est survenu. Après quinze jours de suppuration peu abondante, la plaie était cicatrisée, et l'enfant est sorti guéri de l'hôpital. » (*Arch. génér. de médecine*, mai 1844.)

Après avoir fait remarquer combien il est difficile de s'expliquer la cause de cette hématocèle, l'auteur insiste sur ce tremblement particulier dont la tumeur était le siége, après avoir été agitée un moment, phénomène qui frappe tout le monde.

« Les auteurs, dit M. Gosselin, n'ont, que je sache, rien signalé de semblable dans les tumeurs sanguines ou autres des bourses. Cette sensation était due vraisemblablement aux mouvements des caillots non adhérents et flottants en quelque sorte au milieu d'un sang très-liquide. Si la même chose ne se produit pas ordinairement dans les cas d'hématocèle de la tunique vaginale, cela tient ou bien à ce que les caillots ont plus de tendance à adhérer aux surfaces séreuses, ou bien à ce que la tunique vaginale épaissie ne permet pas à la main de sentir ces mouvements. Dans le cas actuel les parois de la poche étaient très-minces et rendaient ce phénomène aisément appréciable.

Selon Astley Cooper : « Quand l'hématocèle paraît spontanée et quand elle ne peut être attribuée à aucune violence mais seulement aux efforts musculaires, elle tient, selon toute apparence, à ce qu'il existe dans la constitution du malade quelque altération contre laquelle le chirurgien doit diriger un traitement aussi bien que contre la maladie locale. Dans les cas de cette nature il existe ordinairement une lésion des viscères et plus spécialement du foie ; dans d'autres circonstances la maladie est le résultat de la présence d'un obstacle à la circulation, ayant son siége dans la poitrine;

ce n'est que quand l'altération générale a été détruite sous l'influence des remèdes internes que la guérison de la maladie locale peut avoir lieu sans l'incision de la tunique vaginale. Le décubitus dorsal est alors tout à fait nécessaire pour prévenir le retour de l'exhalation sanguine lorsque le liquide contenu dans la tunique vaginale a été résorbé. » (A. Cooper, p. 359.)

Nous avons vu dans le service de M. Gerdy deux hématocèles par effort musculaire seul, sans lésion directe des bourses.

Il est évident, par les détails que M. Gosselin a donnés sur la constitution de son malade, que, dans ce cas au moins, la doctrine d'Astley Cooper est en défaut.

Quant au traitement à suivre dans l'hématocèle par épanchement, celui qui a été mis en usage par M. Blandin dans le cas précédent pourra servir de guide : il est d'ailleurs conforme aux préceptes suivants donnés par Boyer :

« Si l'hémorrhagie a lieu dans la tunique vaginale on peut de même recourir aux résolutifs ou aux émollients, quand le sang y est en petite quantité. Ces moyens sont insuffisants si la résolution n'a pas lieu ; à plus forte raison si la distension de la tunique vaginale est considérable ; on a recours alors à l'incision de cette membrane. Mais on ne doit le faire qu'après avoir reconnu d'une manière certaine, par une ponction préliminaire, la nature du liquide épanché. Lorsqu'on a incisé le sac dans lequel le sang est contenu, si ce liquide continue à couler, on doit examiner d'où il vient ; s'il est fourni par un vaisseau de la tunique vaginale, le tamponnement suffit presque toujours pour en suspendre l'écoulement ; s'il vient du cordon spermatique, il faut tâcher de lier le vaisseau ouvert ; mais s'il était impossible de faire cette ligature partielle, et que l'hémorrhagie fût assez abondante pour compromettre la vie du malade, on serait contraint de lier le cordon en totalité, d'où résulterait la perte ou l'atrophie du testicule. La même ligature a quelquefois été nécessaire lorsque les vaisseaux intérieurs du testicule ont été divisés par la pointe du trois-quarts, et que la membrane albuginée s'est trouvée distendue par le sang. » (Boyer, *loc. cit.*)

Tous les détails précédents s'appliquent à ce que l'on pourrait appeler l'hématocèle aiguë, ou, si l'on veut, à l'hématocèle que l'on peut suivre dès son début. Mais combien n'en existe-t-il pas qui, se rapprochant en cela des cas publiés par M. Gosselin, ne donnent lieu dès le principe à aucun symptôme, et qui n'attirent l'attention du malade qu'alors qu'elles ont subi des transformations plus ou moins grandes ! Nous croyons, avec M. Velpeau, que c'est à ces sortes d'hématocèles que l'on doit rapporter les hydrocèles dans lesquelles la matière contenue dans les kystes est colorée en rouge, en brun, en roux, etc., la matière qui a une consistance de miel, de bouillie, ou formée de couches stratifiées.

Un des points les plus remarquables de l'hématocèle de la tunique vaginale c'est la manière tout inoffensive dont elle se comporte quelquefois pendant nombre d'années. Et alors le liquide offre une consistance variable suivant que le sang est plus ou moins mêlé avec de la sérosité. Voici un fait intéressant sous le rapport de l'ancienneté du mal et de la manière décisive dont il confirme la doctrine de M. Velpeau.

Obs. 2. « M. V... fut conduit chez moi par M. Harris. chirurgien. Il avait au scrotum une tumeur piriforme ayant deux fois le volume du poing, et qui existait depuis sept années ; cette tumeur n'avait jamais occasionné de douleur, et gênait seulement par son volume et par son poids. Le malade l'attribuait à un coup qu'il avait reçu à la chasse contre le pommeau de sa selle, et qui lui avait causé une douleur vive mais de très-peu de durée. On pouvait sentir le testicule et l'épididyme à la partie inférieure de la tumeur. Plus haut on constatait la présence d'une substance solide mélangée avec un liquide. La tumeur n'avait aucune transparence, jamais le malade n'avait éprouvé de douleur.

» J'ouvris la tumeur en septembre 1822, et j'en fis sortir un sang liquide

couleur café et une substance solide, jaune-brunâtre. La tunique vaginale était épaissie et semblable au parchemin le plus dense. Je plaçai dans la plaie une mèche de coton, et le malade retourna en voiture à sa demeure, qui était distante d'environ trois milles. Le même jour, pendant qu'il était assis à son comptoir, il fut pris d'une hémorrhagie abondante de la tunique vaginale, hémorrhagie qui produisit la syncope ; on le plaça dans son lit. Le lendemain il eut une violente réaction générale avec suppuration de la tunique vaginale. Le traitement consista dans l'application de cataplasmes chauds et l'usage d'une potion composée avec le sulfate de magnésie et la solution d'acétate d'ammoniaque, trois fois par jour. Vers le troisième ou le quatrième jour, de gros caillots sanguins sortirent de la plaie et furent suivis d'une abondante suppuration. Les symptômes fébriles se dissipèrent.

» La suppuration continua avec la même abondance et sans hémorrhagie pendant une quinzaine de jours, après lesquels elle commença à diminuer. Pendant ce temps il prit trois fois par jour la décoction de quinquina à la dose de deux onces, avec dix gouttes d'une solution d'acide sulfurique. Les cataplasmes furent continués pendant trois semaines ; la partie fut maintenue élevée par le rapprochement des genoux, qu'on attacha ensemble : ce qui favorisa l'écoulement du pus. Ensuite on appliqua des bandelettes d'emplâtre agglutinatif et de savon.

» Six semaines environ après l'opération, le malade était parfaitement bien. » (A. Cooper, *Œuvres chirurgicales complètes*, p. 388.)

ARTICLE XVIII.

Pneumatocèle.

» Plusieurs auteurs, tant anciens que modernes, dit Boyer, ont décrit une tumeur du scrotum à laquelle ils ont donné le nom de pneumatocèle, parce qu'ils ont cru qu'elle était formée par de l'air. Mais l'existence de cette maladie, à laquelle on dit que les enfants sont particulièrement sujets, n'est point encore démontrée par des faits bien constatés, ni par des raisonnements sans réplique. Il est probable que la tumeur qui a été prise par les nourrices et par des personnes ignorantes pour un pneumatocèle, n'était autre chose qu'une hernie intestinale, ou une hydrocèle de la tunique vaginale. »

L'opinion exprimée par Boyer est infiniment probable, car le pneumatocèle qui, pour les auteurs anciens, était une maladie assez commune, ne s'observe plus de nos jours. Cette opinion est aussi celle de Curling, qui n'admet d'autre pneumatocèle que l'emphysème des bourses ; lequel peut se manifester sous l'influence des mêmes causes qui produisent l'emphysème cellulaire en général.

ARTICLE XIX.

Sarcocèle de la tunique vaginale.

La tunique vaginale est souvent le siége d'une altération organique dans laquelle les parois de cette poche membraneuse sont transformées en une substance épaisse, blanchâtre, compacte, quelquefois même comme fibro-cartilagineuse, contenant çà et là dans son épaisseur de petits foyers remplis de pus, ou d'un liquide sanieux, en même temps que la surface interne est inégale, et le plus ordinairement parsemée de fongosités rougeâtres. Cette altération a reçu le nom de sarcocèle de la tunique vaginale. Il n'est pas démontré toutefois qu'elle soit constituée par le tissu squirrheux ou encéphaloïde, bien qu'elle s'en rapproche par l'aspect, particulièrement du premier. Cette altération ne paraît pas être la même que celle qu'on observe et que nous avons signalée dans certaines espèces d'hydrocèles.

« Dans quelques hydrocèles anciennes, dit M. Roux, et plus ou moins volumineuses, les parois de la poche qui contient le liquide ont beaucoup d'épaisseur, et ce qu'on prendrait facilement au premier abord pour une véritable induration de ces parois est un état provenant d'un simple dépôt de fausses membranes à la surface interne : il est arrivé ici consécutivement à une inflammation lente ou à des inflammations répétées de la

tunique vaginale proprement dite, ce qui arrive sous l'influence de la même cause dans les autres membranes séreuses ; peut-être même que, séduits et entraînés par les progrès récents de l'anatomie pathologique, quelques chirurgiens seraient disposés à penser que c'est cela, et cela seulement, qui a lieu dans l'affection dite sarcocèle de la tunique vaginale, et qu'ainsi l'on a souvent pratiqué la castration dans des cas où l'on aurait pu se borner soit à l'incision, soit à l'excision de la tunique vaginale ; mais non : certaines dégénérations de la tunique vaginale et de l'épididyme me paraissent portées trop loin pour qu'on puisse n'y voir qu'un simple dépôt de fausses membranes, et pour ne pas reconnaître une véritable altération organique, altération pour laquelle il faut en venir à l'extirpation du testicule, parce qu'elle s'étend toujours trop immédiatement jusqu'à cet organe, alors même qu'il n'y participe pas. » (Roux, *article cité.*)

Boyer rapporte trois observations de l'altération dont il s'agit ici ; nous nous contenterons d'en reproduire deux qui suffiront en même temps et pour la faire connaître et pour indiquer la marche à suivre en pareils cas.

Obs. 3. « L..., berger de profession, fut pris, en 1802, dans le côté droit des bourses, d'un gonflement qui, d'après les détails que le malade exposa, me parut n'avoir été qu'une simple hydrocèle. Trois ans après, dans le mois d'avril 1805, la tumeur augmenta prodigieusement de volume et s'enflamma pendant un voyage de quarante lieues que cet homme fut obligé de faire pour conduire un troupeau. Il entra vers ce temps à l'hôpital de la Charité. Les topiques émollients furent employés sans succès. La nature du mal me parut obscure. Je pensai qu'il pouvait y avoir squirrhe du testicule ou épaississement et induration de la tunique vaginale, et peut être coexistence de la première de ces affections avec une hématocèle : la tumeur était beaucoup moins lourde et moins dure qu'un sarcocèle et beaucoup plus qu'une hydrocèle. En conséquence du doute où j'étais sur le véritable caractère de la maladie, je plongeai un trois-quarts dans la tumeur avant de me décider à l'enlever ; il s'écoula par la canule une petite quantité d'un liquide brun, semblable à de la décoction de café, sans que la tumeur diminuât visiblement de volume. Je jugeai alors l'extirpation nécessaire et j'y procédai aussitôt. La dissection de la peau fut longue, à cause de la densité du tissu cellulaire qui l'unit à la tunique vaginale. Après avoir isolé de toutes parts cette tumeur, je crus devoir l'inciser longitudinalement avant de la séparer à l'endroit correspondant au cordon ; il en sortit une assez grande quantité d'un liquide brunâtre, analogue à celui qui s'était échappé par la canule, mais plus consistant. L'épaississement de la tunique vaginale fut alors manifeste ; elle avait environ six lignes et sa surface exhalante était couverte de concrétions membraniformes semblables à celles qu'on rencontre dans les autres membranes séreuses affectées d'inflammation chronique. Le testicule, d'ailleurs, me parut sain. Toutefois, comme la portion de la tunique vaginale qui se réfléchit sur sa surface était très-épaisse et qu'il eût été impossible de l'en séparer sans blesser sa substance, je me décidai à faire l'extirpation de cet organe. Un sac herniaire vide qui se présenta devant le cordon en fut séparé par la dissection, après quoi je coupai le cordon et liai les artères spermatiques. Les suites de l'opération n'offrirent rien de remarquable. En incisant le testicule, je le trouvai sain comme je l'avais jugé pendant l'opération. »

On voit d'après cette observation quelles difficultés offre le diagnostic du sarcocèle vaginal, et quelles fâcheuses conséquences résultent de l'erreur du chirurgien ; voici un cas plus heureux dans lequel Boyer fut assez heureux pour se soustraire à cette erreur :

Obs. 4. « Un jeune fondeur fut pris, dans le mois de février 1804, de douleurs dans les parties génitales, sans cause connue. Il y fit d'abord peu d'attention ; mais plus tard, ayant reconnu dans le scrotum une tumeur oblongue, qui présentait à sa partie antérieure et inférieure un point saillant moins dur que le reste, il en conçut quelque inquiétude et vint réclamer nos soins à l'hôpital de la Cha-

rité. A cette époque la tumeur était dure et opaque comme un sarcocèle ; mais elle était plus légère, eu égard à son volume. En conséquence, je crus devoir agir avec toute la circonspection possible pour ne pas priver ce jeune homme d'un testicule sain et pour éviter les inconvénients qui pouvaient résulter de la conservation de cet organe s'il était malade; je fis préparer tout ce qui était nécessaire pour l'opération du sarcocèle, dans le cas où elle serait indispensable. Je commençai par plonger un trois-quarts dans la tumeur : il s'écoula par la canule un liquide noirâtre, épais, semblable à du sang coagulé et délayé ensuite dans un liquide séreux. Après cet écoulement, la tumeur resta assez volumineuse pour qu'il fût bien manifeste qu'elle contenait des matières squirrheuses. En conséquence, pour bien connaître l'état des parties sur lesquelles j'allais opérer, je fis une incision longitudinale sur la tumeur, de manière à la mettre à découvert sans l'intéresser ; après quoi je l'incisai elle-même longitudinalement ; il s'en écoula une nouvelle quantité de matière noire plus consistante que la première. Je reconnus alors que la tunique vaginale avait acquis une épaisseur et une dureté considérables, sans que le testicule fût affecté, ni les membranes qui le recouvrent épaissies. J'excisai la tunique vaginale avec le plus d'exactitude possible, et je conservai le testicule.

» Le malade eut de la fièvre le jour de l'opération. Il fut saigné le soir. Le lendemain, il se plaignit d'une douleur de côté; le visage était rouge, animé, le pouls fréquent et dur; la saignée fut réitérée. Le testicule se gonfla considérablement pendant les premiers jours. Sa surface ne tarda pas à se couvrir de bourgeons charnus, et il reprit son volume naturel à mesure que la suppuration devint plus abondante ; il contracta des adhérences avec le scrotum ; les lèvres de la plaie se rapprochèrent, et la guérison fut complète au bout d'un mois.

» Nous avons eu plusieurs autres occasions, ajoute Boyer, comme nous l'avons dit plus haut, d'observer l'épaississement et l'endurcissement de la tunique vaginale, mais il serait superflu d'en multiplier ici les exemples ; ce qui ne le sera point, c'est de dire que ces observations m'ont appris : 1° que dans les tumeurs du scrotum, formées par l'épaississement de la tunique vaginale, dans laquelle est épanché un liquide brunâtre ou noirâtre, le cordon spermatique ne s'affecte jamais lorsque le testicule est sain ; 2° qu'abandonnées à elles-mêmes ces tumeurs ne dégénèrent jamais en cancer ; 3° qu'après l'ablation de la tumeur et du testicule, la récidive de la maladie n'est point à craindre quand cet organe est sain. Je connais des hommes auxquels j'ai pratiqué cette opération, il y a plus de vingt ans, et qui depuis ont joui et jouissent encore d'une bonne santé.

ARTICLE XX.

Corps libres dans la tunique vaginale.

On trouve quelquefois, dans la tunique vaginale, des corps libres qui n'ont guère jusqu'à présent attiré l'attention. Curling les décrit ainsi qu'il suit : « Ils sont d'un petit volume, d'une forme ovale, aplatie ; leur surface est lisse et polie. Leur texture est, dans le plus grand nombre des cas, homogène, élastique, semblable aux cartilages libres qu'on trouve dans certaines articulations; des points d'ossification existent souvent dans leur intérieur. Dans quelques cas, j'ai pu voir la matière cartilagineuse disposée par couches concentriques. Ils sont quelquefois entièrement composés de matière osseuse. En en soumettant au microscope une lamelle mince, j'ai pu voir distinctement de petits corpuscules ovales, avec un nombre de petites lignes qui s'en détachaient, et très-semblables à ceux représentés dans la *planche* L, *fig.* 13 de la Physiologie de Muller. Richter de Goëttingen a rencontré dans une tunique vaginale trois corps très-durs, du volume d'une grosse noisette ; mais ils atteignent rarement des dimensions aussi grandes. Ils dépassent quelquefois le nombre de trois, et coïncident fréquemment avec l'hydrocèle ; ils constituent alors la maladie primitive, et produisent secondairement une augmentation de sécrétion dans le sac séreux. Dans quelques cas

la tunique vaginale est épaissie et inégale.

» Le mode de production de ces corps ne diffère pas sensiblement de celui par lequel se forment les cartilages libres dans les articulations. Le dépôt s'effectue entre la tunique vaginale du testicule et l'albuginée, et la première de ces membranes est graduellement repoussée jusqu'à ce que le corps cartilagineux forme une tumeur pendante, qui, n'étant plus attachée que faiblement par un mince pédicule, est accidentellement séparée par les mouvements du testicule. Ces corps ont été observés dans différents degrés de développement. Dans un, du volume d'un petit grain de raisin, qui avait un noyau central osseux, et que Morgagni trouva dans une tunique affectée d'hydrocèle, cet écrivain observa un court et mince collet, à l'aide duquel il était encore adhérent. Mais en général il n'y a pas de traces du lien qui les attachait originairement à la cavité vaginale.» (Curling, *loco cit.*)

Curling ne dit rien sur les symptômes que peuvent produire ces petits corps; mais si l'on en juge par analogie, il est extrêmement probable que ces symptômes sont fort peu graves; car lorsqu'on voit une hydrocèle volumineuse déterminer tout au plus une incommodité, il n'est pas supposable que quatre ou cinq petits corps puissent être beaucoup plus malfaisants. Leur diagnostic ne doit offrir aucune difficulté, et doit être établie par ce seul signe qu'on peut les faire rouler autour du testicule. Quant à leur traitement, il est évident qu'il ne saurait y en avoir d'autre que l'extraction; l'écrasement qu'on emploie lorsque ces corps siégent dans les articulations et les gaînes tendineuses, ne peut évidemment être mis en usage. Le chirurgien ne devra toutefois proposer l'extraction que dans le cas où la gravité des symptômes autoriserait cette opération.

ARTICLE XXI.

Varicocèle et cirsocèle.

On entendait autrefois, sous le nom de varicocèle, une tumeur formée par la dilatation des veines du scrotum, et par cirsocèle celle formée par la dilatation des veines spermatiques. Mais les veines du scrotum étant extrêmement ténues, leur dilatation exclusive ne donnerait lieu qu'à une tumeur bien peu volumineuse; et d'ailleurs il est très-rare qu'elle existe sans celle des veines du cordon, laquelle est presque toujours primitive. La maladie principale, dans toutes les tumeurs veineuses, est donc le cirsocèle; mais les chirurgiens actuels appliquent le mot varicocèle aux deux espèces de dilatation.

L'état des veines dilatées du scrotum a été peu étudié anatomiquement. Astley Cooper se borne aux quelques mots suivants : « A la dissection toutes les veines sont dilatées et ont subi un allongement tel, que la veine, située sur le trajet du conduit déférent, descend beaucoup plus bas que le testicule lui-même; de sorte que cet organe est situé au-devant d'elle. Il résulte encore de cet allongement qu'une portion considérable du varicocèle descend au-dessus du niveau du testicule. En même temps que ces vaisseaux se distendent et deviennent variqueux, leurs membranes s'épaississent pour leur permettre de supporter la surcharge de la colonne sanguine; ou plutôt cet épaississement est déterminé par la plus grande quantité de sang qui afflue dans leurs *vasa vasorum.* » (A. Cooper, *loco cit.*)

Curling, qui a eu l'occasion de faire l'examen anatomique d'un varicocèle, le décrit ainsi : « Les vaisseaux étaient divisés en trois groupes : l'un, formé des vaisseaux les plus gros, procédait de l'extrémité inférieure du testicule; le second, dans lequel les vaisseaux étaient moins volumineux, mais plus nombreux et plus tortueux, avait son origine à l'extrémité supérieure de l'organe; enfin le plus petit groupe environnait et accompagnait le canal déférent. La dilatation n'était pas bornée aux veines extérieures de la glande, mais s'étendait à celles du testicule lui-même, lesquelles furent trouvées variqueuses, et rampant entre la tunique vaginale et l'albuginée. Elles contenaient çà et là quelques phlébolithes logées dans de petites dilatations arrondies. » (*Diseases of testicles,* p. 440.)

Symptômes. Marche. Diagnostic. « Les

symptômes du varicocèle, dit M. Vidal, sont : un sentiment de pesanteur au testicule, qui s'étend jusqu'à l'aine et jusqu'à la région lombaire ; une gêne, des tiraillements incommodes dans le cordon ; les bourses sont molles et pendantes ; elles prennent plus de volume par la chaleur ou par des courses forcées. Voilà les premiers symptômes par lesquels s'annonce le plus souvent le varicocèle. Ajoutez le besoin qu'éprouvent les malades de porter, à chaque instant, la main aux bourses comme pour leur donner des rapports meilleurs avec les vêtements, afin qu'ils les soutiennent mieux.

» Si le malade éloigne les causes déterminantes, le varicocèle peut rester longtemps borné à ces signes, et l'infirmité est plus gênante que douloureuse. Le suspensoir est alors très-suffisant. Mais, le plus souvent, le malade néglige d'éloigner les causes aggravantes, il ne fait rien pour arrêter les progrès du mal. Alors le varicocèle devient une infirmité plus grave ; une marche un peu longue devient une véritable fatigue ; quelquefois, après la moindre course, les malades sont haletants, leurs traits visiblement altérés, la face est baignée de sueur ; on les dirait affectés d'une lésion profonde de l'organisme.

» A ce degré de développement, non-seulement la moindre course est impossible, sans le secours d'un suspensoir ; mais il est des malades qui, sans cette ressource, ne sauraient faire le tour de leur chambre, même en sortant du lit, au moment où les veines sont encore peu dilatées. Ceux chez lesquels ce varicocèle est arrivé à une période avancée, doivent mettre leur suspensoir avant de quitter le lit ; il en est qui sont obligés de le garder pendant la nuit. La position verticale seule, une simple promenade même avec le suspensoir, produit quelquefois les effets que je viens de signaler.

» Dans le plus grand nombre des cas, les symptômes sont tout à fait localisés au scrotum et à l'aine. Ce n'est que dans les cas les plus graves qu'ils s'étendent au delà et se font sentir à la région lombaire ; il y a des douleurs sourdes vers les reins et jusqu'au milieu du dos : il est des malades qui éprouvent des coliques fréquentes ; d'autres, une pesanteur incommode au fondement.

» M. Landouzy a signalé l'augmentation de la sécrétion cutanée du scrotum, surtout du côté affecté. Cette sécrétion est même tellement considérable chez certains malades, qu'ils sont obligés de garnir de linge le côté du suspensoir qui correspond à la tumeur.

» La marche du varicocèle est ordinairement très-lente ; quand elle est rapide, et que les symptômes sont d'une grande intensité, c'est que la cause est directe, traumatique, ou bien il y a eu une compression des veines, un obstacle mécanique à la circulation, subitement créé. Il y a dans le livre de Pott des observations de développement très-prompt du varicocèle, avec accidents aigus. Ces observations n'ont pas tous les caractères d'authenticité désirables ; il y a des détails omis qui leur font perdre beaucoup de valeur. Il faut se rappeler que le varicocèle existe chez beaucoup d'individus qui ne s'en doutent pas ; or, quand ils reçoivent un coup aux bourses, ou quand celles-ci s'enflamment par toute autre cause, le varicocèle existant avant l'accident augmente de volume ou bien, l'attention étant fixée vers cette région, il est découvert, et on le croit très-récent ; on attribue tout à ces dernières causes, tandis que, le plus souvent, le varicocèle était très-ancien.

» Il faut ajouter aux signes précédents une douleur sourde assez fréquente dans le testicule du côté affecté, et un léger épanchement dans la tunique vaginale de ce testicule. Quelquefois même la glande séminale s'atrophie, ou s'altère d'une autre façon. « Cependant, dit Boyer, chez quelques malades le testicule diminue de volume et s'atrophie ; chez d'autres il se ramollit, se désorganise, la tumeur variqueuse acquiert un volume considérable, et l'opération de la castration devient indispensable. » (Vidal, *loco cit.* p. 689.)

Le diagnostic a été établi par M. Vidal d'une manière complète dans le passage suivant : « Au début du varicocèle, ou quand il est très-léger, on peut hésiter sur le diagnostic ; mais pour peu que la maladie soit développée, les doutes se

dissipent. C'est alors une tumeur molle, noueuse, étendue, du bord supérieur du testicule jusqu'à l'anneau inguinal; elle n'a ni la forme régulière et rénitente de l'hydrocèle, ni la dureté et la limitation exacte du sarcocèle, ni la consistance compacte de la hernie inguinale. Un varicocèle volumineux n'est plus borné au bord supérieur du testicule, il occupe toute la partie gauche du scrotum, en paraissant même envahir la cloison, depuis la base jusqu'à l'orifice inférieur du canal inguinal. Les veines sous-cutanées forment un réseau superficiel très-saillant, souvent même à la surface des bourses serpentent des vaisseaux qui égalent et surpassent en volume la veine crurale. Les veines du cordon donnent au toucher une sensation qui les a fait comparer à des intestins de poulet. Quelquefois on en trouve qui, au lieu de simuler ces tubes membraneux, donnent la sensation d'un tube plein, ce qui peut les faire confondre avec le canal déférent. Ce sont alors des veines qui contiennent des caillots qui n'ont pas encore été résorbés.

» Si on se rappelle l'exposition des symptômes que je viens de faire, et si on procède avec soin à l'examen d'un varicocèle, il sera assez facile d'établir son diagnostic. La hernie inguinale, formée par l'épiploon, pourrait à la rigueur être confondue avec le varicocèle. Alors on imite A. Cooper : « On donne au malade » une position horizontale ; on relève le » testicule jusqu'à ce que les veines soient » dégorgées; le chirurgien place son doigt » contre l'anneau inguinal, engage le » malade à se lever ; les veines sperma- » tiques se remplissent de nouveau, tandis » que par ce moyen toute descente de la » hernie est impossible... Il y a même re- » production du varicocèle, lors même » que le malade ne se lève pas, et pour » peu que les doigts pressent le cordon » au niveau du canal inguinal. » (*Œuvres chirurg.*, p. 497.) (Vidal, *loco cit.*)

Pronostic. Malgré ce que Boyer dit de l'atrophie du testicule dans quelques cas rares de varicocèle, il n'en professe pas moins que « c'est une affection plus incommode que dangereuse. » Selon Ast. Cooper : « Le varicocèle mérite à peine le nom de maladie ; car, dans le plus grand nombre des cas, il ne produit ni douleur, ni gêne, ni diminution dans les facultés génératrices. »

M. Vidal ne juge pas le pronostic aussi léger dans tous les cas : après avoir constaté que certains individus peuvent porter pendant fort long-temps des varicocèles, même très-volumineux, sans en être incommodés, il ajoute :

« Comme toutes les maladies chroniques des organes génitaux, le varicocèle a de fâcheuses influences sur le moral ; comme dans tous les cas de varices, il y a aussi avec le varicocèle un certain affaiblissement des forces physiques. En effet, la compression progressive opérée par les veines variqueuses sur le testicule, doit amener peu à peu cet abattement caractéristique des forces, qui paraît moindre qu'après une action instantanée et violente sur cette glande, mais dont les conséquences sont plus graves, car l'action ici est permanente. C'est ainsi que des sujets atteints de varicocèle reculent devant la moindre fatigue; pour eux, une simple promenade est une véritable corvée. J'ai vu un ouvrier inondé de sueur et haletant parce qu'il s'était un peu pressé pour monter un premier étage. On a observé des malades qui, à leur lever, ne pouvaient se permettre quelques pas dans leur chambre sans suspensoir. Il est de la plus grande importance de distinguer cette faiblesse de celle qui se lie à la plupart des varices : par exemple, à la faiblesse des vieillards affectés de dilatations variqueuses sur plusieurs parties du corps. Ici la faiblesse est l'effet de l'âge; elle est antérieure aux varices, elle en est souvent une des principales causes : tandis que chez le porteur d'un varicocèle, ce sont les varices elles-mêmes qui, pour ainsi dire, dépriment les forces; la faiblesse est alors l'effet et non la cause. On voit tout de suite les conséquences de cette distinction pour le traitement.

» Avec l'atrophie du testicule il y a atrophie du canal déférent. Cette atrophie consécutive, qui n'a pas été notée que je sache, diminue le calibre de ce conduit; elle peut l'oblitérer et annuler ainsi les fonctions du testicule; cette atrophie fait qu'au moment de l'opéra-

tion on éprouve quelquefois des difficultés à trouver le canal déférent, surtout quand on n'est pas prévenu de ce fait d'anatomie pathologique.

» Quelques mots sur l'état moral des malades affectés de varicocèle : il en est qui n'osent rien entreprendre ; ce ne sont pas seulement les forces physiques qui semblent déprimées par le varicocèle, l'esprit en reçoit des atteintes réelles. Comme le corps il devient paresseux et lent, et il n'y a rien de viril dans ses conceptions, dans ses œuvres. Un pareil état répand sur la vie un ennui, une amertume qui la rendent à charge; aussi les idées de suicide ne sont-elles pas extrêmement rares chez ces malades. Un médecin en chef d'un hôpital d'une ville importante de France s'était rendu à Paris pour consulter sur un varicocèle, bien décidé, disait-il, à se brûler la cervelle si on ne lui promettait pas une guérison. Ce n'est pas toujours parce que le sujet a vu, constaté son varicocèle, ce n'est pas toujours la contemplation abusive de ses varices qui l'a plongé dans une hypocondrie dont l'esprit aurait l'initiative ou la plus grande part. Il arrive, plus rarement à la vérité, que l'esprit souffre dans l'ignorance complète d'un mal physique. Ainsi, j'ai donné des soins à un artiste distingué qui avait des idées trèsmélancoliques; je fis la découverte chez lui d'un varicocèle peu volumineux dont il ignorait l'existence et qui ne lui causait aucune douleur. L'opération ramena le calme dans son esprit et changea complétement son humeur, qui n'eut plus rien de triste. Depuis cette opération j'ai eu connaissance d'un autre fait de ce genre. Ici le malade sait bien qu'il possède un varicocèle, mais il a ignoré jusqu'à ce jour que les mille maux dont il se plaint, et dont l'existence matérielle n'a pu être constatée par aucun médecin, il a ignoré, dis-je, que le point de départ de ces maux était dans l'état variqueux des bourses.

» Ainsi, au point de vue de ces effets sur l'esprit, le varicocèle a une véritable gravité, car il rend la vie difficile, pénible, insupportable même. On a donc pu raisonnablement puiser dans cet ordre de faits une indication pour une opération chirurgicale, surtout depuis qu'il a été prouvé que celle-ci n'est pas grave. » (*De la cure radic. du varic.*, Paris, 1844.)

« Enfin, le varicocèle étant un cas de réforme, peut briser une vocation militaire. J'ai déjà opéré plusieurs remplaçants, et reçu dernièrement du conseil de révision des hommes d'ailleurs taillés en robustes soldats et qui étaient privés de servir leur pays à cause de leur varicocèle. J'ai pu les rendre à leur drapeau. Le fils d'un officier supérieur languissait humblement dans une carrière très-peu en harmonie avec les goûts et les inspirations qu'il avait puissées dans sa famille ; il peut aujourd'hui suivre la carrière des armes. Deux hommes qui voulaient entrer au service de l'octroi ne furent admis qu'après le succès de mon opération. L'auteur des revues cliniques de la *Gazette des Hôpitaux* voulant connaître la manœuvre de mon opération, se rendit à l'Hôpital du Midi. Au moment de l'opération, il demanda au malade pourquoi il était venu réclamer mes soins : « Monsieur, répondit simplement » le malade, je suis boulanger; avec ce va- » ricocèle il m'est impossible de travailler » pour vivre. » Voilà donc encore des circonstances qui militent on ne peut mieux en faveur de la cure radicale. » (*De la cure radic. du varic.,* brochure in-8°, Paris, 1844.)

Causes. « C'est ordinairement de dix à trente ans, dit M. Vidal, qu'on voit apparaître les premiers symptômes de cette maladie. Avant dix ans les organes de la génération sont trop peu développés pour que les causes organiques puissent suffisamment favoriser les causes occasionnelles ; après trente-cinq ans ces causes occasionnelles devenant moins fréquentes, cette affection doit être aussi beaucoup plus rare. Delpech, qui dit que le varicocèle est rare chez les jeunes gens, n'a donc pas suffisamment consulté les faits avant d'émettre cette opinion. Des circonstances anatomiques qui prédisposent au varicocèle, les unes sont en même temps sur chaque côté, les autres ne sont qu'à gauche et expliquent la plus grande fréquence de l'affection de ce côté. Les premières sont : la position déclive des veines spermatiques, leur longueur, la

faiblesse de leurs parois relativement à leur trajet, l'absence des valvules, les alternatives fréquentes de réplétion et de vacuité auxquelles les veines sont soumises, suivant les diverses attitudes du corps, la température à laquelle il est exposé et les passions. La disposition organique la plus favorable c'est la très-grande quantité de veines qui, sous le nom de plexus pampiniforme, forment l'origine des veines testiculaires. N'oubliez pas de noter la pression de la colonne de sang, qui, des environs de la deuxième vertèbre lombaire pèse sur la pyramide vasculaire, formée par le plexus pampiniforme. Voici une cause signalée par J.-L. Petit :

« Les vaisseaux, dit-il, en passant sous l'anneau des muscles du bas-ventre, sont appuyés sur l'os pubis, comme la corde d'un puits l'est sur la poulie, de manière que le testicule auquel ces vaisseaux parviennent, peut bien être comparé au seau qui se trouve à l'extrémité de la corde du puits; et comme le seau agit sur cette corde à proportion de son poids, le testicule agit également sur le cordon spermatique, et celle-ci sur l'os pubis aussi à proportion de son poids; ce poids, quel qu'il soit, tend à oblitérer les vaisseaux et à rendre le passage des liqueurs plus difficile.» Il faut ajouter à cette cause l'action des anneaux du canal inguinal, de ce canal lui-même, qui, quoi qu'on en ait dit, comprimeront le cordon testiculaire dans certaines circonstances.

» Voici comment on a expliqué la plus grande fréquence du varicocèle à gauche : à droite la veine spermatique se rend à la veine-cave descendante dans une direction presque parallèle à l'axe de ce vaisseau, et dans le sens du cours du sang; elle se vide donc facilement : à gauche elle se jette dans la veine émulgente à angle droit, et dans une direction perpendiculaire au courant veineux du rein; de là un obstacle à la circulation, puisque les deux courants ne se font pas dans la même direction.

» C'est surtout depuis Callisen et J.-L. Petit qu'on attribue cette plus grande fréquence du varicocèle, à gauche, à la compression exercée sur les vaisseaux spermatiques de ce côté par les matières stercorales accumulées dans la portion iliaque du colon. Sur dix-sept malades, chez lesquels M. Landouzy a pris avec soin l'état habituel du tube digestif, un seul présentait une constipation fréquente; il est impossible donc de donner cette circonstance comme une des causes les plus fréquentes de la maladie. La constipation n'est pas absolument nécessaire pour rendre compte de l'obstacle opposé au cours du sang; par la position de l'S iliaque du colon la pression habituelle des matières fécales presque constamment accumulées dans cette partie du gros intestin, suffit, même chez ceux qui vont régulièrement à la selle, pour faire admettre cette cause au nombre des plus vraisemblables. Enfin le testicule gauche, naturellement plus volumineux que le droit, descend aussi plus bas; et lors même que, comme on le voit dans certains cas, les veines testiculaires s'ouvriraient toutes deux dans les émulgentes ou dans la veine-cave, la colonne de liquide serait encore plus longue, et par conséquent plus pesante à gauche : le cours du sang serait donc nécessairement ralenti de ce côté.

» Quelle que soit l'explication, le fait reste; le varicocèle est plus fréquent à gauche. Mais il ne faudrait pas croire, comme on le dit, qu'il n'y a rien de plus rare que le varicocèle à droite; très-souvent, au contraire, le côté droit est simultanément affecté, mais à un bien moindre degré : ce qui fait qu'il fixe moins l'attention des malades et des chirurgiens, et qu'on néglige les explorations qui pourraient le faire reconnaître. Le varicocèle de ce côté n'est presque jamais assez grave pour nécessiter une opération.

» Il est des causes occasionnelles ou efficientes qu'on peut diviser en deux ordres : les unes agissent en facilitant l'afflux du sang vers les parties génitales, les autres en empêchant son retour vers le cœur. Ces deux ordres de causes peuvent exister séparément ou se combiner chez le même individu. Au nombre des premières citons d'abord l'abus des plaisirs vénériens, la masturbation, les passions de l'âme qui causent un orgasme génital trop fréquent. Viennent ensuite l'équitation, la danse, les marches forcées, enfin tous les mouvements qui

tendent à porter le sang d'une manière plus ou moins continue vers les parties inférieures. Dans cet ordre de causes on comprendra aussi les contusions violentes sur les bourses, l'inflammation du scrotum ou des testicules.

» Les causes du second ordre sont beaucoup plus fréquentes, puisqu'elles embrassent toutes celles qui peuvent mettre obstacle au retour du sang vers le cœur ; je ne répéterai pas ici ce que j'ai dit de ces causes en parlant des varices en général, je noterai seulement les hernies inguinales ou crurales, le gonflement des ganglions lombaires, des tumeurs squirrheuses le long du cordon spermatique : l'hydrocèle, l'hypocondrie, les passions tristes ont été données comme causes du varicocèle ; il est évident qu'ici l'effet a été pris pour la cause, et cet état particulier de tristesse et de misanthropie est commun aux sujets qui ont des maladies anciennes des parties génitales.

» Il est des causes dont l'action est tout à fait extérieure. Ainsi, la compression d'un bandage herniaire mal fait, celle même d'un suspensoir mal appliqué ou d'une ceinture qui entoure l'abdomen sont plus souvent qu'on ne pense la cause occasionnelle du varicocèle. On a signalé aussi la compression exercée par les vêtements ; elle peut, sinon déterminer la maladie, du moins favoriser ses progrès.

» La masturbation a une double action très-importante à examiner et, quoiqu'elle soit rangée parmi les causes du premier ordre, celles qui déterminent l'afflux abondant du sang, elle doit aussi se trouver parmi les causes qui empêchent son retour vers le cœur ; car tous les abus vénériens fatiguent les muscles des parties de la génération et surtout le crémaster et le dartos : de là une énervation qui affaiblit leur puissance contractile, leur ressort ; alors le testicule n'est pas suffisamment soutenu, il est livré à son propre poids ; le retour du sang est beaucoup plus difficile, car le cordon se comprime sur le pubis.

» La chaleur, dilatant et relâchant sans cesse le scrotum, finit aussi par affaiblir son ressort. J'ai déjà dit que le varicocèle est beaucoup plus fréquent dans les pays chauds.

» Il faut encore admettre l'influence héréditaire. On n'a pas remarqué de relation bien marquée entre les varices des membres inférieurs, les hémorrhoïdes et le varicocèle. » (Vidal, *loco cit.*)

Traitement. Avant de juger la valeur des divers traitements que l'on peut diriger contre le varicocèle il existe une question préalable qu'il importe de résoudre, c'est celle de la curabilité. Le varicocèle est-il en effet susceptible de guérison ? A cette question les auteurs sont loin de répondre d'une manière identique. « Le varicocèle, dit Boyer, est une maladie incurable. Les bains froids, les topiques astringents, toniques et résolutifs diminuent momentanément le volume de la tumeur ; mais dès qu'on cesse leur usage les veines se remplissent de nouveau et la tumeur reprend sa première grosseur. On doit donc s'attacher à borner les progrès du mal et à en diminuer la gêne au moyen d'un suspensoir, qui maintient le scrotum et les testicules relevés. On conseille au malade de prendre aussi souvent que ses occupations le lui permettront, la position horizontale. On combat la constipation par un régime convenable et par les lavements. On a conseillé, on a tenté même l'extirpation des veines dilatées ; mais cette opération, fort difficile à exécuter, n'a pas toujours eu des résultats heureux, la maladie d'ailleurs peut se reproduire. La castration serait un moyen sûr de guérir le varicocèle ; mais on ne doit se déterminer à cette opération que lorsqu'il est compliqué d'une affection squirrheuse ou cancéreuse du testicule.» (Boyer, *loco cit.*)

C'est là aussi, à peu de chose près, l'opinion de Curling, qui dit : « Le varicocèle est une maladie presque incurable » (*loco cit.*, p. 454). M. Vidal partageait aussi cette opinion il y a peu de temps, car il dit dans son livre : « Le traitement palliatif est le seul, selon moi, qui doive être conseillé dans presque tous les cas ; ce traitement consiste d'abord dans l'éloignement des causes du varicocèle, il est inutile de les redire ici. Viennent ensuite les bains frais ; lotions avec l'eau de puits matin et soir sur le scrotum ; on peut mêler à l'eau un liquide légèrement astringent. Ces moyens

agissent sur la tonicité des tissus des bourses, facilitent leur rétraction, remontent leur ressort. On peut voir la promptitude de l'effet de ces moyens sur les militaires qui veulent éviter la réforme et surtout sur les remplaçants. Mais la marche, les mouvements reproduisent facilement la tumeur : il faut donc souvent répéter ces moyens, et surtout aider, soutenir leur action par un suspensoir bien fait. » (Vidal, t. v, p. 692).

Mais, depuis l'époque où M. Vidal écrivait ces lignes, ses idées se sont modifiées, et, grâce aux opérations nombreuses qu'il a pratiquées par son procédé, il est arrivé à se convaincre que le varicocèle peut être radicalement guéri. Voici comment il s'exprime dans son mémoire sur la cure radicale du varicocèle, déjà cité :

« Une erreur d'étiologie et une observation incomplète ont fait considérer le varicocèle comme appartenant à une classe de maladies et à une classe de malades dont la guérison radicale est presque impossible. Ainsi, on verra encore, dans Delpech, cette opinion erronée, que le varicocèle est rare chez les jeunes gens, tandis qu'il serait fréquent chez les vieillards. Or, c'est de 10 à 30 ans qu'on observe le plus le varicocèle, et c'est ordinairement de 20 à 28 ans qu'il tourmente le plus les malades. Ici apparaît déjà une différence entre les varices du scrotum et celles des autres parties du corps, lesquelles sont l'apanage surtout de la vieillesse. De plus, ces dernières varices ont souvent une tendance extraordinaire à se généraliser avec l'âge, parce que, dépendantes de causes diathésiques, générales, persistantes, elles prennent le caractère de ces causes. Au contraire, les principales influences sous lesquelles le varicocèle se développe ont un temps et une action limités. Ainsi l'abus des plaisirs vénériens, l'équitation, la danse, les marches forcées, les orchites, enfin toutes ces excitations, ces irritations et les phlegmasies de l'appareil génital, presque toutes ces causes n'agissent que pendant une période de la vie, et elles sont, comme le disent les pathologistes, occasionnelles ; elles ne sont ni permanentes ni générales, leurs effets demeurent donc, la plupart du temps, locaux. Aussi voit-on rarement les varices des bourses avec d'autres varices, soit aux membres, soit même à l'anus. On constatera en effet dans mes observations, qu'aucun de mes malades n'avait des hémorrhoïdes ; un seul avait des varices aux jambes.

» L'histoire d'ailleurs nous offre des preuves indirectes en faveur de la cure radicale. La lecture de nos devanciers apprend en effet qu'on se livrait autrefois à des opérations très-graves pour guérir le varicocèle. Ainsi, on a extirpé pour cela les veines variqueuses, on les a attaquées par le feu, on a pratiqué des excisions des bourses, et même l'extirpation du testicule. Il est possible qu'on n'ait pas toujours opéré alors pour des varicocèles, et je ne suis pas éloigné de croire à certaines erreurs de diagnostic de la part de nos premiers maîtres, car je ne suis pas de ceux qui admettent leur infaillibilité. Mais je suppose encore moins l'erreur constante à l'endroit de leur diagnostic, et je dis que si des hommes sages et d'un talent incontesté ont souvent pris de graves déterminations pour arriver à la cure radicale du varicocèle, c'est qu'ils ne manquaient pas de bonnes raisons pour cela. » (Vidal, *De la cure radicale du varicocèle*, etc.)

Il est hors de doute pour nous que la cure du varicocèle a été obtenue dans quelques cas, et ces cas existant, fussent-ils très-rares, suffiraient pour encourager les tentatives du chirurgien, surtout quand il peut mettre en usage des opérations qui ne compromettent point la vie des malades. Reste donc le choix à faire parmi les différentes opérations proposées. Avant de procéder à ce choix, faisons d'abord connaître les plus importantes de ces opérations.

1° *Procédé Davat.* Ce procédé, qui, de même que la plupart des autres, a été appliqué à la guérison des varices en général, est exposé ainsi qu'il suit par l'auteur : « Mon traitement consiste à irriter très-légèrement deux points opposés de la membrane interne d'une veine, et en même temps à maintenir en contact ces deux points opposés de la surface interne. Une simple aiguille à coudre, recourbée ou non, aplatie ou non, satisfait parfaitement à toutes ces conditions indispen-

sables pour obtenir une prompte oblitération : il suffit pour cela de faire un point sur la veine, c'est-à-dire de traverser perpendiculairement sa paroi antérieure, puis sa paroi postérieure, avec la pointe de l'aiguille, que l'on incline et que l'on ramène plus haut, et de traverser encore sa paroi postérieure, puis sa paroi antérieure : on assujettit l'aiguille dans cette positition à l'aide d'un fil tortillé en huit. » (*Thèses* de Paris, mai 1833).

2° *Procédé Frick.* « Je pris, dit l'auteur, une aiguille à coudre ordinaire, de forme convenable ; j'embrassai avec la main gauche une partie du scrotum de manière à saisir entre mes doigts une des veines dilatées ; j'enfonçai l'aiguille au travers du scrotum et de la veine, et je la fis revenir du côté opposé, également au travers des téguments et des parois du vaisseau ; puis je coupai le fil en lui laissant assez de longueur pour pouvoir le nouer sur la portion de peau sous-jacente, qui, lorsque j'eus abandonné le scrotum à lui-même, se trouva d'environ trois travers de doigt. Je répétai la même opération sur deux autres veines variqueuses ; elle fut promptement achevée, et si peu douloureuse, que le malade se tint debout devant moi. Je n'employai aucun bandage et me contentai de soutenir les bourses dans la position horizontale à l'aide d'un coussinet. Le lendemain il survint du gonflement accompagné de rougeur et de sensibilité du testicule. On retira le fil, la tuméfaction disparut par degrés ; et le vingt et unième jour les trois veines étaient transformées en cordons assez fermes, mais indolents. » (*Gaz. méd. de Berlin,* 1834.)

3° *Procédé Breschet.* Cet auteur conseille d'abord de faire marcher les malades ou de leur faire prendre un bain pour dilater les veines. « Ces précautions prises, le scrotum ayant été préalablement rasé avec soin, le malade se tient debout devant le chirurgien, qui, placé à la droite si le varicocèle est à gauche, saisit dans la main gauche la bourse du côté droit, passe par-dessus la cloison le pouce, l'indicateur et le médius en soutenant le testicule avec les deux derniers doigts, cherche, aidé de l'autre main, à reconnaître le canal déférent. Cette recherche est rarement difficile, et quand, par l'habitude, on a appris à distinguer la sensation que fait éprouver ce conduit, on finit par le trouver très-promptement au milieu des veines dilatées. Sa situation normale est à la partie postérieure du cordon ; mais cette donnée anatomique aiderait peu à le découvrir, si l'on ne connaissait au juste sa forme, qui est celle d'une tige cylindrique égale dans toute son étendue, son volume qu'on a comparé à celui d'une grosse plume de corbeau, et enfin sa consistance, qui est dure, quoique élastique, et qu'on peut comparer approximativement à celle d'un nerf. Mais le meilleur moyen de s'assurer qu'on tient le canal déférent, c'est de le presser entre les doigts ; et le malade doit éprouver alors une douleur particulière qui répond au testicule et à l'aine et qui ne peut guère tromper ni le malade ni l'opérateur.

» Le conduit déférent étant bien reconnu, on le maintient contre la cloison, avec le pouce et l'index, et on cherche à en séparer les veines et à les ramener vers la partie externe. En général cette dissection sous-cutanée, si je puis dire ainsi, est le temps le plus difficile et même le seul difficile de l'opération, mais avec un peu de patience et d'attention on arrive sûrement au but. Il est important du reste que ce départ des vaisseaux soit fait avec le plus grand soin, et qu'il ne reste aucune veine avec le conduit déférent et l'artère spermatique ; ce qui compromettrait le succès de l'opération.

» Une fois les veines ainsi séparées, un aide place la première pince à la partie supérieure, transversalement et le plus haut possible, mais assez loin cependant de la racine de la verge pour que le contact de la pince ne puisse y déterminer d'eschare (afin de ne pas comprendre dans les mors de la pince la peau nécessaire à l'extension de la verge pendant les érections, on fera relever le pénis contre l'abdomen.) Les branches de la pince doivent être portées aussi loin que possible vers la cloison, contre le pouce du chirurgien qui tient éloigné le canal déférent. On étend ou l'on rétrécit la partie du scrotum comprise entre les

branches selon que cela est nécessaire pour conserver à la partie externe, hors l'action des mors, un pédicule de peau d'environ deux lignes de largeur. Si l'on emploie les pinces à plaques mobiles, il est peu important de donner plus ou moins de largeur à ce lambeau conservé à la partie externe, puisqu'on sera toujours maître de prolonger la compression au moyen de ces plaques. Si, au contraire, on emploie la pince à triple mortaise, on aura soin de ne garder dans le vide creusé dans les branches qu'un pédicule assez étroit pour ne contenir dans son épaisseur que des vaisseaux capillaires. Aussitôt la pince convenablement placée, on en rapproche les branches au moyen de la vis et l'on serre de suite aussi fortement que possible. La seconde pince est placée inférieurement à deux ou trois centimètres environ au-dessus de la première (suivant le volume de la tumeur), c'est-à-dire le plus bas possible, mais de manière cependant que le testicule ne soit pas trop voisin de la section. » (Landouzy, *De la cure radicale du varicocèle*, Paris, 1838; broch. in-8°.)

4° *Procédé Velpeau.* « On passe au-dessous de la veine une épingle dont les deux extrémités sont ensuite embrassées par une anse de fil, comme dans la suture entortillée, et qu'on serre assez pour empêcher le sang de passer. » Ce procédé, que l'auteur n'avait d'abord appliqué qu'aux varices des membres, l'a été ensuite à celles du scrotum avec cette différence qu'ici on embrassait entre l'épingle et les fils tout le paquet variqueux. On peut, si l'on veut, laisser le fil jusqu'à ce que la gangrène s'ensuive.

5° *Procédé Gagnebé*, modifié ensuite par MM. Ricord et Velpeau. « Pour pratiquer mon opération, dit M. Gagnebé, je me sers d'une aiguille très-déliée, recourbée vers la pointe et terminée en fer de lance, lequel présente une ouverture qui permet d'y introduire un fil de soie; je comprime la veine au-dessus et au-dessous du point où je veux lier, après avoir fait remonter le sang de manière à la rendre tendue et roulante sous la peau; je porte ensuite la pointe de mon aiguille sur un de ses bords; je la fais glisser doucement derrière elle, en évitant de l'ouvrir, et, lorsqu'elle paraît au bord opposé, j'introduis un fil de soie dans l'ouverture que l'aiguille présente vers ce point, je la retire et j'entraîne le fil qui se trouve passé derrière la veine; je fais repasser, par le même moyen, un des bouts du fil entre la veine et la peau, sans pratiquer de nouvelles ouvertures à cette dernière : alors les extrémités du fil se trouvent ramenées du même côté; il ne reste plus qu'à faire la ligature que l'on peut graduer à volonté. » (*Thèses de Paris,* 1830, n° 5.)

Les modifications de ce procédé, dont le but est d'éviter le contact de l'air sur la veine, sous prétexte que son action cause la phlébite, sont trop peu importantes pour que nous nous en occupions ici; c'est toujours une ligature sous-cutanée, et la facilité du manuel opératoire n'y gagne rien.

6° *Procédé Reynaud.* Ce procédé a été exposé de la manière suivante par M. Jules Roux :

« Cet habile opérateur saisit avec les deux mains le cordon spermatique du côté malade; il cherche, reconnaît, isole et rejette en dedans, vers la racine de la verge, le canal déférent, que sa dureté distingue des vaisseaux et des nerfs testiculaires; pinçant ensuite le scrotum avec l'indicateur et le pouce de la main gauche, de manière à embrasser les vaisseaux et les nerfs spermatiques, il traverse à sa base le pli ainsi formé avec une aiguille courbe qui entraîne avec elle un fil ciré. Le scrotum, alors abandonné à lui-même, laisse voir, entre l'entrée et la sortie de l'instrument, un intervalle d'un pouce environ; les deux extrémités du fil sont ensuite rapprochées, et la ligature des parties comprises dans l'anse qu'il forme est convenablement serrée sur un cylindre de linge, très-épais mais peu long, préalablement placé entre le fil et la peau. Il faut avoir soin d'assujettir la ligature sur le cylindre par le moyen d'un nœud et d'une anse simple qui permettent de la délier et de la relâcher, s'il devenait nécessaire de diminuer la compression qu'elle exerce sur les parties. De petits plumasseaux enduits de cérat sont mis

sur les piqûres. Aucun bandage n'est nécessaire pour les contenir, et une simple compresse est jetée sur l'appareil.

» Peu de temps après, une inflammation légère se développe autour des parties touchées par le fil et embrassées par la ligature ; mais elle est ordinairement de peu de durée et permet, deux ou trois jours après l'opération, de délier le fil et de le serrer plus fortement sur un nouveau cylindre de linge, car le premier a été taché par la suppuration qui a commencé à s'établir. Si cependant l'inflammation était assez étendue et la douleur vive, on conçoit bien qu'une fois la ligature desserrée il faudrait s'abstenir d'exercer une nouvelle constriction jusqu'au moment où, par l'application de cataplasmes émollients, cet état d'inflammation aurait été dissipé ; ce qui ne se ferait pas attendre au delà de deux ou trois jours.

» A mesure que les parties molles se divisent devant ce fil qui les presse et les cicatrise derrière, en même temps on serre la ligature chaque fois qu'on le juge convenable, et cette manœuvre n'est pas difficile lorsqu'on a eu soin de la fixer comme je l'ai dit plus haut. Vers le quinzième ou dix-huitième jour, les vaisseaux et les nerfs testiculaires, ainsi que les tuniques qui les enveloppent, sont divisés et il ne reste plus de parties molles que la peau. Alors M. Reynaud, dans l'intention de ne laisser aucune incertitude sur la section ou l'oblitération complète des vaisseaux du cordon, passe dans les trajets parcourus par la ligature un stylet cannelé et divise, avec un bistouri, la portion de peau que le fil n'avait pas encore entamée.

» Une plaie simple succède à cette incision et marche vers une cicatrisation prompte, si bien qu'au bout de vingt-cinq jours à partir de l'instant de l'opération, les malades sont ordinairement guéris. » (*Gaz. méd. de Paris*, 1857, p. 822.)

M. Vidal, convaincu de la supériorité de ce procédé sur tous les autres, a cherché à le rendre plus efficace et d'une application plus facile, en le modifiant de la manière suivante :

« Une aiguille droite, forte et terminée en fer de lance, est taraudée à l'autre extrémité dans le sens de son axe ; une extrémité d'un fil d'argent très-flexible, du diamètre d'une grosse épingle, est vissée sur cette aiguille ; le fil semble donc une continuation de l'aiguille.

» L'opérateur sépare les vaisseaux variqueux du canal déférent ; celui-ci est rejeté en dedans et en arrière du côté de la cloison des bourses et de la racine de la verge. Les vaisseaux variqueux sont saisis et serrés en un seul cordon par le pouce et l'index de la main gauche. Ces vaisseaux se trouvent dès lors dans un pli de la peau que les doigts ont soulevé et qu'ils bornent en arrière ; l'extrémité de ces doigts sert de guide pour l'entrée et la sortie de l'aiguille ; celle-ci entre du côté de l'index et sort du côté du pouce, elle entraîne le fil d'argent. Une anse de ce fil est, en conséquence, passée derrière les veines variqueuses ; les deux bouts sortent ainsi par les deux ouvertures du scrotum, qui se trouvent à une distance d'un pouce ou un peu plus l'une de l'autre. Entre ces deux ouvertures est placé le globe d'une petite bande. C'est sur cette espèce de coussinet que le fil est noué. Au-dessous de ce nœud on passe la sonde cannelée qui représente le bâtonnet du compresseur des artères, appelé garrot, et on le fait tourner comme lui.

» Il est facile de comprendre toute la simplicité de cette manœuvre : si une constriction trop forte amenait de trop vives douleurs, ou faisait naître une inflammation intense, il suffirait de faire faire au bâtonnet un tour en sens opposé aux tours qui ont serré le fil, et *vice versâ*. On pourrait aussi, si l'inflammation avait une tendance à devenir phlegmoneuse, enlever le coussinet et appliquer des topiques émollients. Dès que l'ordre serait rétabli, on remettrait la compresse sous le nœud et on appliquerait la sonde cannelée comme nous l'avons indiqué plus haut. Mais je me hâte d'ajouter que toujours j'ai eu à serrer l'appareil au lieu de le desserrer. Tous les trois jours on tourne la petite tige

en fer dans le sens de la constriction, laquelle est ainsi graduellement augmentée, sans que pour serrer on soit obligé de relâcher momentanément le fil.

» Le quinzième jour tout peut être coupé par le fil, qu'on trouve tout à fait sous-cutané, ou qui a déjà attaqué la peau elle-même. Pour avoir la complète certitude de ne laisser échapper aucune veine, on peut couper le pont de peau avec un bistouri, comme le faisait M. Reynaud, ou bien laisser le fil, qui opère lui-même cette section. Le plus souvent je n'attends pas, et j'opère la division de la peau.

» Ce procédé est de tous le plus simple, le plus facile, c'est celui qui résout le plus péremptoirement la question de l'innocuité : les faits de ma pratique particulière, ceux recueillis dans mon service à l'hôpital du Midi, ne laissent aucun doute à cet égard. Peut-être ce procédé ne fait-il pas éviter d'une manière plus sûre la récidive que les procédés de M. Breschet, de M. Velpeau, car il se borne à intercepter la circulation veineuse sur un point du cordon spermatique et sur une partie de la peau du scrotum, afin de favoriser la formation de caillots oblitérants, et, comme conséquence désirable, la transformation des veines en cordons pleins. Mais il est probable que plus d'une fois, quel que soit le procédé de ligature mis en usage, le sang parcourt de nouveau les veines liées, ou bien alors elles n'ont pas été complétement oblitérées, ou bien il y a eu rétablissement de leur cavité, dû à l'absorption plus ou moins complète des caillots. Ces circonstances me déterminèrent à lier les veines à deux hauteurs différentes. J'ai donc souvent appliqué deux ligatures : une supérieure au voisinage de la racine de la verge, l'autre près du testicule. Je ne serrais d'abord que la ligature supérieure, l'autre devenait alors une ligature d'attente que j'étreignais plus tard. Cette double ligature laisse bien moins de chances à la récidive; mais on peut encore l'observer, malgré l'interception du sang sur deux points des veines, à deux hauteurs différentes. En effet, ces veines, conservant une longueur exagérée, permettent encore au testicule de rester à l'état de prolapsus, ce qui est une cause de récidive des plus puissantes. J'ai donc conçu et exécuté le projet, non-seulement d'oblitérer, de diviser les veines du cordon spermatique à plusieurs hauteurs différentes, mais encore de raccourcir le cordon spermatique pour produire une véritable ascension du testicule, et cela par une opération bien simple, par une seule ligature. Pour remplir cette double indication j'enroule les veines du cordon autour de deux fils d'argent, comme une corde est enroulée sur un treuil. » (*Mémoire cité.*)

7° Enfin, M. Vidal, non satisfait encore de tous les procédés mis en usage jusqu'à lui, en a cherché un qui réunît le plus de chances favorables possible. Voici comment l'auteur décrit ce procédé dans son Mémoire sur la cure du varicocèle.

Procédé Vidal. « Le premier temps est absolument semblable au premier temps du procédé de M. Reynaud. Il consiste à passer un fil d'argent derrière les veines du cordon spermatique. Pour cela, la même aiguille qui a servi au précédent procédé est armée d'un fil d'argent un peu moins fort que le stylet aiguillé de nos trousses. Le fil et l'aiguille traversent les bourses, guidés par le pouce et l'index, qui ont préalablement opéré une séparation entre les veines et le canal déférent. Celui-ci a été porté en arrière, les veines sont poussées en avant dans un pli de la peau.

» Le second consiste à passer avec une même aiguille un autre fil d'argent en avant des veines, afin que ces vaisseaux soient entre deux fils. Pour cela l'index et le pouce, qui étaient en arrière des veines, sont portés devant elles et pincent la peau dans ce sens pour y ramener les deux ouvertures par où sortent les deux bouts du fil d'argent déjà placé. En pliant un peu ce fil, qui décrit alors un arc à convexité postérieure, on peut rapprocher beaucoup les deux ouvertures. De cette manière on raccourcit et on redresse singulièrement le trajet que le second fil a à parcourir. C'est donc par la même ouverture d'entrée et par la même ouverture de sortie qu'on introduit et qu'on retire le second fil. Le fil qui est antérieur aux vaisseaux une

fois placé, on redresse le plus possible celui qui leur est postérieur; l'antérieur alors se courbe un peu; les veines sont donc entre les deux fils, lesquels ont encore leurs extrémités libres.

» Ici commence le troisième temps : il consiste à tordre les extrémité des fils.

» D'abord la torsion n'agit que sur eux. Les fils forment alors une anse qui contient les veines ; elle va toujours en se resserrant. Ce premier mouvement de torsion réduit le plexus veineux à l'état de véritable cordon. Mais, en continuant la torsion, les deux fils se resserrent toujours plus et tendent à former aussi un cordon ayant une certaine résistance. En tournant sur son axe, ce cordon métallique doit entraîner dans son mouvement de rotation les parties comprises entre les deux fils qui le composent. C'est ainsi que les veines s'enroulent sur ce double fil métallique, comme la corde s'enroule sur le treuil.

» Or ces veines ont un point fixe du côté de l'abdomen, qui ne cède pas; tandis que leur extrémité inférieure fait corps avec le testicule, qui peut être mobilisé et déplacé : cet organe est donc porté vers le point fixe en haut, vers l'abdomen.

» Plus on fait de tours, plus le testicule est hissé. La laxité du tissu cellulaire des bourses favorise singulièrement ce mouvement d'ascension du testicule.

» Il s'est formé une espèce de peloton dont la bobine est représentée par un cordon en argent qui a ses deux bouts réunis en avant. On place alors un petit globe de bande sur la peau qui est entre l'entrée et la sortie du cordon métallique dont les deux bouts sont fixés sur ce tampon par une nouvelle torsion, puis on passe sous ce cordon une sonde cannelée à laquelle on imprime le même mouvement qui fait tourner le compresseur des artères appelé garrot.

» Il y a donc : 1° enroulement des veines sur les fils d'argent; 2° compression de ces veines qui sont entre les fils et devant les fils; 3° puis, section de ces vaisseaux à divers degrés de hauteur, autant de degrés qu'il y a de tours. On fera bien de laisser les fils couper la peau ou de l'inciser, car les veines superficielles qui n'appartiennent pas au cordon, et qui rampent entre lui et la peau, seront ainsi divisées; ce qui est une nouvelle chance contre la récidive. D'ailleurs, les principales veines du cordon, en s'enroulant sur les fils, entraînent avec elles une foule de petites veines qui échappent à la ligature ordinaire. Ainsi, tandis que les ligatures sous-cutanées ordinaires ne divisent que les veines principales du cordon (quand elles les divisent), ma ligature, avec enroulement préalable, ramasse et les veines principales du cordon, et les veines qui l'unissent aux diverses enveloppes des bourses, et les veines immédiatement sous-cutanées, celles aussi qui semblent sillonner le tissu même de la peau; car j'ai soin, quand le varicocèle est ancien, quand il y a des veines superficielles variqueuses, de comprendre ces varices dans la partie de la peau qui doit être divisée, alors je laisse le pont de peau très-large. » (*l. cit.*)

Il s'agirait, après avoir exposé tous les procédés qui précèdent, d'indiquer au praticien celui qu'il devra préférer; malheureusement les faits observés ne permettent pas de se prononcer d'une manière définitive. Cependant, dans une question de la nature de celle-ci, le raisonnement peut déjà beaucoup avancer la question. Or, comme base du raisonnement, on peut poser les faits suivants :

1° C'est qu'il est peu de maladies qui aient autant de tendance à récidiver que le varicocèle; 2° c'est que le calibre des veines en général a beaucoup de tendance à se rétablir quand il a été momentanément interrompu. De ces deux faits, on peut conclure avec une quasi certitude que plus un procédé interrompra le calibre des veines sur différents points, plus il aura des chances de succès; or, de tous les procédés, celui de l'enroulement, imaginé par M. Vidal, est évidemment celui qui remplit le mieux l'indication que nous venons d'exposer. Celui de M. Breschet l'emporte peut-être, parce qu'il ne se borne pas seulement à interrompre le cours du sang, mais qu'encore il détruit une certaine étendue de la longueur des vaisseaux; mais il est incontestable, et nous le disons pour l'avoir vu, que ce procédé est d'abord beaucoup

plus douloureux que tous les autres, et qu'ensuite il détermine assez souvent des suppurations longues, des abcès des bourses qui tourmentent les malades et les soustraient quelquefois pendant longtemps à leurs affaires, et cela encore sans les mettre sûrement à l'abri des récidives. Le meilleur procédé serait assurément de mettre à nu le paquet variqueux, et de le réséquer dans une étendue de deux à trois centimètres; mais une maladie comme le varicocèle justifierait-elle une opération aussi grave? Nous ne le pensons pas, à moins qu'il ne s'agît d'un de ces cas dont parle M. Vidal, et dans lesquels le malade est porté au suicide. Il est évident que, dans un cas semblable, si les procédés de la ligature avaient échoué, on pourrait recourir à l'ablation d'une portion des veines. Pour les cas ordinaires, l'enroulement de M. Vidal est pour le moins aussi innocent que tous les autres, et selon toutes les probabilités plus efficace.

ARTICLE XXII.

Tumeurs adipeuses du cordon.

Cette affection a été peu étudiée par la plupart des auteurs. Curling l'a décrite ainsi qu'il suit : « Le cordon peut être le siége de dépôts graisseux; ces dépôts se forment en général chez les personnes avancées en âge. La matière graisseuse est formée dans les loges du tissu cellulaire et se trouve interposée entre les différentes parties du cordon; elle se rencontre à différentes hauteurs du cordon, depuis l'orifice inguinal jusqu'à l'épididyme. En examinant les testicules d'un jeune homme mort de pleurésie à l'hôpital de Londres, je trouvai une couche de graisse autour du cordon et de l'épididyme et derrière la tunique vaginale de la partie postérieure du testicule. J'ai dernièrement rencontré un autre cas, dans lequel de petites masses isolées de graisse coïncidaient avec une hydrocèle enkystée du cordon. » (*Loco cit.*)

Morgagni a rencontré un cas analogue dont il rend compte dans le passage suivant : « Dans un cas où le testicule était augmenté de volume, je trouvai une petite masse graisseuse déposée dans sa propre substance; ce qui, dans toute autre situation, n'aurait point constitué une maladie. De ce fait, je conclus que les tumeurs du testicule peuvent quelquefois devoir leur origine à des dépôts graisseux qui, ultérieurement, se développent d'une manière exagérée. »

Ces dépôts de graisse dans le cordon spermatique peuvent être pris facilement pour des épiplocèles et même pour des varicocèles; cependant une semblable erreur ne peut durer long-temps, à moins toutefois qu'on n'ait affaire à une épiplocèle irréductible et à collet très-rétréci, auquel cas la distinction est très-difficile.

La présence de ces dépôts ne produit ordinairement aucun symptôme fâcheux. Cependant Curling rapporte un cas dans lequel le malade ayant été pris de symptômes d'étranglement, ce dernier praticien voulut enlever la tumeur, et la trouva si adhérente au cordon, qu'il se crut obligé d'enlever ce dernier et le testicule avec. Nous trouvons que M. Curling est bien indulgent en disant qu'une semblable conduite est *à peine justifiable*, il nous semble qu'elle est très-condamnable.

Si, dans un cas où l'on se serait décidé à enlever une tumeur du genre de celles que nous décrivons en ce moment, on éprouvait de grandes difficultés; si l'on se trouvait exposé à blesser le canal déférent, il vaudrait infiniment mieux se contenter d'exciser tout ce que l'on pourrait de la tumeur que de pratiquer pour l'enlever l'extirpation du testicule ou même de son conduit excréteur.

ARTICLE XXIII.

Spasme du crémaster.

Cette affection n'est ordinairement qu'un symptôme de plusieurs affections des voies urinaires, en particulier d'une inflammation des reins, et d'un calcul vésical. Dans quelques cas cependant elle semble être idiopathique, comme dans l'observation suivante rapportée par Curling :

Obs. 1re. « Un jeune garçon de onze ans me fut amené à l'hôpital de Londres pour des douleurs dans les testicules.

Ces organes étaient rétractés sur les anneaux inguinaux externes, en produisant des rides profondes perpendiculaires au pubis. Le scrotum était flasque et ridé. Il paraît que le malade avait reçu peu de temps auparavant un coup de pied sur les pubis, à la suite duquel les testicules avaient été attirés en haut. La pression sur les pubis était douloureuse, et dès qu'on la pratiquait la partie où le crémaster s'attachait au testicule descendait immédiatement, et remontait aussitôt qu'on cessait la pression. Pensant que cette rétraction du crémaster était principalement due à une légère inflammation du point où le coup avait été reçu, j'ordonnai des sangsues, des lotions et un régime adoucissant. Aucune amélioration ne suivit l'emploi de ces moyens. Les douches froides furent ensuite employées, et produisirent le relâchement immédiat du muscle ; mais la rétraction se reproduisit dès qu'on les cessa, quoique avec moins d'intensité qu'auparavant. Les douches furent répétées, et le jeune garçon cessa de se plaindre. Il revint me voir quelques mois plus tard pour une gonorrhée accompagnée du retour de la rétraction du muscle crémaster, laquelle disparut à mesure que la maladie urétrale diminua. » (*Loco cit.*)

Il est évident, d'après ce fait, que certains individus sont prédisposés à cette affection du crémaster, qui, d'ailleurs assez rare, est portée au point d'attirer l'attention du malade d'une manière spéciale.

Le traitement de cette affection doit se composer presque toujours d'applications calmantes, et de narcotiques à l'intérieur ; cependant, quand elle coexiste avec des symptômes inflammatoires des parties contiguës, et surtout du muscle lui-même, il sera indiqué de faire quelques évacuations sanguines locales. Les bains tièdes long-temps prolongés sont un des meilleurs moyens à employer.

ARTICLE XXIV.

Hypertrophie du tissu cellulaire des bourses, ou éléphantiasis du scrotum.

Une des maladies qui ont le plus frappé l'attention des chirurgiens européens, lorsqu'ils se sont trouvés à même de l'observer, est celle dont nous venons de donner le nom ; bien que les auteurs des siècles passés nous en aient laissé des exemples non équivoques, c'est surtout depuis les Mémoires militaires de Larrey qu'on s'en est beaucoup occupé en France ; cette maladie est surtout remarquable par le volume extraordinaire des tumeurs qui la constituent. Leur forme, selon Boyer, varie beaucoup ; en général elles sont plus grosses inférieurement que supérieurement, où elles tiennent par un pédicule plus ou moins gros à la région du pubis. Elles sont dures dans certains points, molles dans d'autres, indolentes, sans inflammation, sans changement notable de couleur à la peau, qui s'épaissit en se distendant, et se couvre quelquefois de croûtes jaunâtres et d'ulcérations superficielles. Les cordons spermatiques ne sont point tuméfiés, les testicules conservent leur intégrité ; et quand la tumeur n'est pas encore très-volumineuse on peut les distinguer à sa partie postérieure, mais lorsque son volume est très-considérable ils se trouvent confondus dans sa masse. A mesure que la tumeur fait des progrès, la verge insensiblement disparaît et se trouve enfin cachée sous les téguments ; le prépuce s'efface, et son extrémité se présente dans un des points de la face antérieure de la tumeur, tantôt sous la forme d'une espèce de nombril, tantôt sous celle d'une fente par laquelle l'urine s'échappe et ruissèle, sans former un jet (1). Ces sortes de tumeurs se développent sans cause connue, ou à la suite d'une percussion des bourses. Elles se forment lentement, acquièrent un volume excessif et une pesanteur si considérable, que ceux qui les portent ne peuvent s'asseoir et marcher que très-difficilement.

Malgré le développement énorme que peut prendre la lésion dont il s'agit, il est remarquable que la santé générale ne s'altère que peu ou point ; cependant, d'après Titley (*On the diseases of the ge-*

(1) Un cas de ce genre d'un développement monstrueux a été représenté dans l'ouvrage de Curling, p. 510.

nitals of the males, p. 500), il se manifesterait de la fièvre au début de la maladie, et voici la marche qu'il dit avoir observée le plus souvent dans les cas nombreux qu'il a eu occasion de voir. « L'éléphantiasis commence par des frissons suivis de fièvre, de douleur à la tête et dans la partie affectée de tuméfaction, et de sensibilité des glandes lymphatiques environnantes ; le scrotum reste gonflé après la disparition de ces symptômes. De semblables accès de fièvre et d'inflammation se développent plus ou moins fréquemment à des intervalles variés, et la tuméfaction devient plus considérable après chacun d'eux. Après plusieurs retours la quantité de lymphe qui s'épanche dans le tissu cellulaire étant trop considérable pour pouvoir être absorbée, la tuméfaction devient permanente. A mesure que la maladie augmente, la peau devient dure et raboteuse. Le malade vit, pendant plusieurs années, avec une jambe ou un scrotum énorme, et jouit d'une excellente santé, excepté pendant les accès de fièvre. Quand c'est le scrotum qui est affecté, la tumeur augmente au bout d'un certain temps, indépendamment de toute espèce d'accès. Quand le pénis est simultanément affecté, ces parties augmentent ensemble dans les mêmes proportions ; mais si le scrotum est affecté seul, alors, pendant que celui-ci se développe, le pénis s'enfonce dans son intérieur, à tel point qu'il finit par disparaître et par être complétement renfermé dans la tumeur ; le prépuce distendu s'allonge et s'ouvre, par un orifice semblable au nombril, à la face antérieure ou même à l'extrémité de la tumeur. » (*Loco cit.*)

Diagnostic. Il n'est guère possible de confondre cette maladie avec aucune autre. L'œdème du scrotum serait peut-être la seule affection qui pût lui ressembler ; mais dans celle-ci il y a presque toujours un œdème de quelque autre partie, et d'ailleurs la peau, loin d'être raboteuse et dure, est polie, luisante, demi-transparente.

Pronostic. Tous les médecins s'accordent à reconnaître que l'éléphantiasis du scrotum est une affection entièrement locale, et qui ne tend que très-peu à altérer la santé générale ou à abréger la vie. Cependant lorsque la tumeur est parvenue à un degré considérable de développement, elle peut se gangrener. Le docteur Hendy, des Barbades (*A vindication of the facts and opinions contained in a treatise on the glandular disease of Barbadoes*, p. 117), a rapporté l'histoire d'un noir, qui portait une tumeur scrotale de six pieds de circonférence et de vingt-quatre pouces de long, et qui mourut à la suite de la mortification de la tumeur. Dans cinq autres cas le docteur Hendy a vu les testicules laissés à nu par suite des mêmes accidents. Il serait inutile, d'après les détails dans lesquels nous venons d'entrer, de faire remarquer que l'affection dont nous nous occupons n'a rien de commun avec l'éléphantiasis des Grecs ou lèpre tuberculeuse.

Causes. L'éléphantiasis affecte presque exclusivement les habitants des contrées chaudes du globe ; mais à part l'influence du climat, nous sommes dans une ignorance à peu près complète sur les causes qui peuvent le produire. Le docteur Hendy l'attribue à une inflammation des glandes lymphatiques, et Alard à une inflammation des vaisseaux du même nom. Le docteur Wise, qui a eu l'occasion d'en voir plusieurs cas parmi les naturels du Bengale (*Transact. of the medic. and physical Society of Calcutta*, vol. VII, p. 156), le rapporte à une inflammation des veines, et le considère comme tout à fait analogue à la *phlegmasia alba dolens.* Il est évident qu'aucune de ces hypothèses n'offre le moindre fondement ; car tous les jours nous voyons les inflammations, les obstructions dont parlent ces auteurs, sans que ces inflammations produisent rien de semblable ni même d'analogue à l'éléphantiasis. Le docteur Titley, qui a cependant beaucoup étudié cette maladie, avoue son ignorance complète sur les causes qui lui donnent lieu, Dans les Barbades on croyait qu'elle dépendait de quelque particularité locale ; mais depuis qu'elle s'est étendue à plusieurs autres îles où ces particularités n'existent pas, il a fallu renoncer à cette supposition. Il n'est pas plus facile d'expliquer sa grande fréquence actuelle dans les îles où elle était parfaitement

inconnue il y a cinquante ans, et dans lesquelles les conditions de sol, de climat, de mœurs, etc., sont restées les mêmes. Les vêtements, la nourriture, l'exposition aux vicissitudes de l'atmosphère, dit le docteur Titley, ne doivent point être considérés comme une cause d'éléphantiasis, puisque les enfants de la classe élevée en sont fréquemment atteints. Il n'est point contagieux, mais les enfans nés de parents éléphantiasiques y sont plus exposés que les autres.

Traitement. L'éléphantiasis arrivé à un degré considérable de développement est considéré comme incurable par tous les auteurs ; et, lors même qu'on peut le traiter au début, ce qui est fort rare, les moyens qu'on peut employer pour enrayer sa marche ou pour la résoudre, n'ont qu'une influence bien équivoque. Ceux qu'on a mis en usage jusqu'à présent sont les saignées, les sangsues, les scarifications, la compression, la suspension des bourses, la position horizontale. Les préparations iodées seraient peut être utiles, mais on ne les a point encore expérimentées dans des conditions favorables. Lorsque, malgré ce traitement, la marche progressive de la maladie continue, il faut avoir recours à des moyens plus énergiques.

Chopart conseille la cautérisation avec la potasse caustique de préférence à toute autre opération, lorsque la tumeur n'est pas d'un volume considérable. Il veut qu'on l'applique dans une assez grande étendue pour faire une ouverture qui puisse laisser une issue facile aux humeurs, et amener la destruction successive des parties intérieures désorganisées ou viciées, en continuant avec prudence et méthode l'usage de ce caustique. Il dit avoir suivi ce procédé pour un sarcome volumineux du scrotum, compliqué d'une congestion lymphatique et sanguinolente dans une poche membraneuse de cette partie. L'homme qui portait cette tumeur fut parfaitement guéri.

Ce succès n'a pas mis en faveur la méthode de Chopart, et Boyer préfère l'extirpation à l'aide du bistouri.

« Malgré le succès obtenu par Chopart, dit-il, nous pensons que l'extirpation ou l'amputation est préférable à la cautérisation. Cette opération peut être pratiquée, quel que soit le volume de la tumeur, lorsque le malade n'est pas trop âgé et qu'il jouit d'ailleurs d'une bonne santé. Il n'est guère possible de tracer les règles d'après lesquelles l'opération doit être faite : tout ce qu'on peut dire en général, c'est qu'il faut éviter la lésion des testicules, des cordons spermatiques et de la verge, et ne conserver de la peau qu'autant qu'il en faut pour recouvrir la surface de la plaie. Tout le reste des téguments doit rester adhérent à la tumeur et être enlevé avec elle. » (*Loco cit.*)

L'opinion de Boyer est celle de tous les chirurgiens actuels et nous n'hésitons pas à la conseiller. Mais comme le fait remarquer Boyer, il est difficile de tracer des règles générales sur la manière de faire l'opération, les détails consignés dans les deux observations suivantes, les plus remarquables de celles qui existent, et dont l'une appartient à M. Roux, l'autre à Delpech, pourront servir de guide dans les cas analogues.

Obs. 1re. Voici celle de M. Roux :

« Le sujet de cette observation, dit-il, était un homme âgé de cinquante ans, cultivateur à Verneuil, près Paris. Lorsqu'il entra à l'hôpital Beaujon, dans les derniers jours de décembre 1807, il y avait dix mois seulement que cette maladie avait commencé à la suite d'une légère contusion des bourses et sans qu'aucun vice intérieur parût avoir contribué à son développement. La tumeur existait du côté gauche ; son volume égalait celui de la tête, s'il ne le surpassait pas. Sa surface offrait çà et là des bosselures, qu'à la dissection je reconnus être dues à de petits amas de sang presque immédiatement au-dessous des téguments du scrotum. Ceux-ci, prodigieusement distendus, amincis, avaient une couleur livide, et adhéraient assez intimement, surtout en devant et sur les côtés, à la tumeur. La verge était entièrement masquée ; on n'en apercevait que le prépuce. A droite de la tumeur, on découvrait le testicule de ce côté immédiatement collé à elle, et offrant toutes les apparences d'une parfaite intégrité. Une petite por-

tion du cordon spermatique du côté malade, qu'on sentait au-dessous de l'anneau était intacte, et, autant qu'on pouvait en juger par le toucher, il n'y avait aucun engorgement des glandes abdominales. Ce malade ne ressentait encore dans la tumeur que des douleurs sourdes, et non pas celles lancinantes qui caractérisent les affections cancéreuses un peu avancées; d'ailleurs il jouissait d'une assez bonne santé, puisqu'il s'était livré quoiqu'avec peine, vu la gêne que lui causait le volume considérable de la tumeur, aux travaux de la campagne, la veille de son départ de Verneuil pour Paris. Ces dernières circonstances étaient, comme on le voit, très-favorables : aussi me firent-elles juger l'amputation de cette tumeur praticable et susceptible de succès. D'ailleurs son grand volume, la promptitude de son développement, la pesanteur moindre, proportionnément à sa grosseur, que celle des tumeurs formées par le testicule lui-même, devenu le siége d'un engorgement squirrheux, m'avaient fait présumer dès la première inspection, et je l'avais dit d'avance, que la maladie appartenait au tissu cellulaire du scrotum, et qu'on trouverait au centre de la tumeur le testicule intact. Ce soupçon sur la nature même de l'affection me portait à mieux augurer du succès de l'opération. Je la proposai donc au malade, qui l'accepta. Après les préparations convenables je la lui fis, le 10 janvier 1808, aidé par M. La Caze, et en présence des élèves de l'hôpital et de quelques-uns qui suivent nos cours. Par hasard, un médecin de mes amis, M. Nacquart, était présent. Si l'observation présente offre quelque intérêt, c'est principalement à cause du caractère de la maladie : je crois donc inutile d'exposer ici tous les détails de l'opération elle-même, qui n'a pas différé essentiellement de celle qu'on pratique pour les sarcocèles volumineux avec altération de la peau. Je dirai seulement qu'elle présenta d'assez grandes difficultés qui la firent durer un peu plus d'un quart d'heure. Ces difficultés naissaient de l'adhérence intime que la tumeur avait contractée avec le corps caverneux et le canal de l'urètre dans l'étendue de trois ou quatre pouces. En sorte qu'il n'a fallu rien moins qu'une dissection très-lente et en quelque sorte minutieuse pour ne pas intéresser ces parties. Du reste j'ai dû enlever avec la tumeur presque toute la peau du scrotum qui était comme variqueuse, d'ailleurs fort amincie par l'extrême distension qu'elle avait éprouvée. Je n'en avais ménagé qu'une petite portion seulement pour recouvrir le testicule droit resté intact. La ligature des vaisseaux n'offrit rien de particulier, et la plaie, dont il était impossible de tenter la réunion immédiate fut pansée suivant les procédés adoptés dans les cas analogues.

» Toutefois, avant de parler de l'examen que je fis de la tumeur, des suites de l'opération, et d'exposer les réflexions que ce cas peut faire naître, j'ai quelque chose à dire sur la manière dont furent faites la section du cordon et la ligature des vaisseaux spermatiques, et en général sur cette double circonstance de l'opération du sarcocèle : je suivis le procédé que Bichat indique en passant dans son Anatomie générale. »

Nous passons ici les détails sur la ligature du cordon en masse et séparément, détails que nous avons donnés lorsqu'il s'est agi de l'opération du sarcocèle.

« Je reviens à l'opération dont j'ai exposé seulement quelques circonstances. Les suites n'ont rien présenté que d'ordinaire, seulement la cicatrice a été longue à se faire à cause de l'étendue de la plaie et de la perte considérable de substance que le scrotum avait éprouvée. Cependant le malade est sorti de l'hôpital pour aller reprendre ses travaux deux mois et demi après l'opération. La plaie était entièrement cicatrisée; il était lui-même très-bien portant, et n'éprouvait aucun symptôme qui pût lui faire soupçonner quelque embarras dans les viscères abdominaux. Au moment où je rédige cette observation huit mois se sont déjà écoulés depuis la guérison apparente de ce malade, et il serait curieux de savoir dans quel état il est maintenant. J'avoue que je n'ai point eu de ses nouvelles depuis qu'il est sorti de l'hôpital : mais j'ai toute raison de croire que sa santé s'est consolidée de plus en plus; car il m'avait pro-

mis de venir me voir s'il éprouvait le moindre accident.

» L'examen de la tumeur, immédiatement après l'opération, justifia ma prédiction sur le siége de la maladie. En effet le testicule était au centre, jouissant de toute son intégrité, et n'ayant même encore contracté que de très-légères adhérences avec la tunique vaginale. La portion retranchée du cordon spermatique était également saine. Toute la masse de la tumeur dépendait de la dégénérescence du tissu cellulaire du scrotum, et était formée de deux substances assez différentes l'une de l'autre, au moins à la vue. L'une, considérable et occupant l'extérieur, était molle, grumeleuse, et semblait tenir le milieu pour l'apparence entre la graisse condensée et la pulpe cérébrale : c'était au milieu d'elle, mais près de la périphérie de la tumeur, qu'existaient, comme nous l'avons déjà dit, trois ou quatre petits foyers de sang. L'autre substance, qui formait une sorte de noyau, était plus ferme, plus consistante, d'apparence lardacée, et offrait en un mot plus décidément que la première le caractère carcinomateux. Le tout, au reste, existait ainsi sans aucun indice d'une conversion purulente commencée ou devant incessamment avoir lieu. » (*Mél. de chir.*, p. 226 et suiv.).

Il semblerait, d'après l'opinion de M. Roux, qu'il s'agissait d'un tissu squirrheux, mais on sait bien aujourd'hui que le tissu squirrheux n'acquiert jamais un tel développement, en particulier dans les bourses, et que d'ailleurs il n'envahit jamais ces parties sans envahir en même temps, au moins à une certaine période de son développement, et le plus souvent de prime abord, les glandes séminales elles-mêmes.

Nous allons maintenant rapporter le cas de Delpech qui est infiniment plus curieux, et qui est en outre un modèle d'observation et de jugement.

Obs. 2. « Jean-Baptiste Authier, âgé de trente-cinq ans, né à Perpignan, département des Pyrénées-Orientales, était doué d'une forte constitution, d'un tempérament bilieux et d'un caractère doux et un peu enclin à la mélancolie. Sa taille était haute, ses proportions régulières, ses muscles très-développés, et ses cheveux et ses yeux de couleur brune. Il était né d'un père doué d'une constitution athlétique comme la sienne, et qui, n'ayant jamais éprouvé d'affection grave, a succombé à l'âge de 55 ans, à une maladie aiguë rapide. La mère d'Authier est aussi douée d'une forte constitution : aujourd'hui dans sa soixante-troisième année, elle n'a jamais éprouvé de maladies graves. Authier s'est uni à une femme saine et forte, qui n'a jamais éprouvé de maladie contagieuse, ni surtout d'affection cutanée : elle est mère de trois enfants, dont le premier mourut, âgé de six mois, d'une maladie consomptive ; les deux autres sont : une fille âgée de quatorze ans, qui se fait remarquer par le développement précoce de ses formes, et un garçon âgé de sept ans, également très-robuste.

» Jusqu'à l'âge de quatorze ans Authier jouit d'une santé parfaite : à cette époque il entra dans un corps de troupes légères, et suivit l'armée française en Portugal.

» Après quatre ans passés au service militaire il rentra dans ses foyers et y exerça la profession de boulanger. En même temps il contracta une blennorrhagie, qui céda à l'usage des boissons mucilagineuses suivies de quelques préparations mercurielles.

» A vingt-cinq ans il reprit du service, et fut admis dans la gendarmerie à cheval. Deux ans plus tard il se manifesta au prépuce une légère ulcération, qui fut aussitôt touchée légèrement avec un caustique : la cautérisation fut suivie de vives douleurs et d'une inflammation intense. Authier obtint un congé de trois mois et se rendit dans le sein de sa famille où il subit un traitement anti-syphilitique par les frictions mercurielles.

» A l'expiration du congé l'ulcération n'était pas entièrement cicatrisée ; mais le malade voulut rejoindre son corps, et les fatigues de l'équitation renouvelèrent bientôt les douleurs et l'état inflammatoire. L'engorgement faisait des progrès, lesquels, en deux mois, s'étendirent à tout le prépuce ; mais il devenait en même temps de plus en plus indolent, et la peau, dont le tissu propre était infiltré, était dure, tuberculée et chargée de rides profondes. Tels étaient les premiers sym-

ptômes d'une tumeur qui devait devenir énorme.

» Cette même affection de la peau fit perdre sa consistance naturelle à celle de tout le scrotum et particulièrement de sa partie inférieure : elle devint successivement partout brune, dure, épaisse, tuberculée et coupée de rides profondes. Le tissu cellulaire sous-jacent contracta également un engorgement considérable : là l'intumescence était d'abord pâteuse; elle devenait ensuite consistante, dure et très-lourde. Cette dernière consistance entraînait le scrotum vers le bas et distendait avec lui le fourreau de la verge : cette partie des téguments se roulait en dedans à mesure qu'elle suivait le scrotum, en s'éloignant du membre viril ; en sorte que ce dernier disparaissait successivement et se laissait confondre et comme enfouir dans la masse commune de la tumeur. L'engorgement du tissu cellulaire plaçait aussi les deux testicules à une profondeur plus grande, de manière qu'il devenait à chaque instant plus difficile de les distinguer à l'extérieur.

» En cet état Authier ne put plus supporter l'équitation : il quitta la gendarmerie et rentra dans sa famille, où il ne put se livrer de nouveau aux exercices de sa profession, ni à ceux de toute autre. Pendant l'année suivante l'accroissement de la tumeur fut très-rapide et sa partie inférieure devint très-irrégulière : elle semblait se diviser en trois masses inégales, deux latérales et une antérieure. Sous cette dernière on remarquait une sorte d'ombilic par lequel se faisait l'émission des urines.

» Pendant les trois dernières années l'accroissement de la tumeur, dont le caractère n'était plus équivoque, fut bien moins rapide ; mais il avait été si grand jusque-là que son volume était déjà excessif. C'est alors qu'il se présenta à l'hôpital de Perpignan, où l'on essaya, pendant peu de temps, quelques préparations mercurielles. Bientôt après il fut renvoyé à Montpellier, où il fut admis à l'hôpital Saint-Éloi dans les premiers jours de juillet 1820.

» Il y avait alors sept ans que la maladie avait commencé, et voici quel était l'état des choses :

» Il était évident que la peau du pénis, celle du scrotum et tout le tissu cellulaire de cette dernière partie, étaient affectés d'éléphantiasis ; mais aucun autre symptôme de la même affection ne se montrait nulle part.

» La tumeur, à peu près piriforme, aplatie transversalement, divisée en trois lobes principaux dans sa partie inférieure et antérieure, s'étendait jusqu'au-dessous du mollet, présentait une grande saillie en arrière, et tenait au périnée et à l'hypogastre par un collet ou pédicule qui occupait tout l'espace compris entre la région pubienne, les deux aines et l'anus.

» Ce collet présentait 18 pouces de circonférence dans sa moindre épaisseur ; il était beaucoup plus large en avant, où il enveloppait les deux anneaux et les cordons spermatiques, que l'on ne pouvait distinguer à l'extérieur, et était beaucoup moins étendu en arrière, où il semblait réduit, par la compression des fesses, à la largeur du périnée. Dans les parties postérieures et latérales du contour de ce collet la peau paraissait saine, souple, et d'autant plus mince, qu'elle avait été plus distendue ; en devant et jusqu'à la région villeuse du pubis elle était beaucoup plus épaisse, mais d'une consistance telle que l'on pouvait, lorsque le malade était couché horizontalement, y former des plis, dans l'épaisseur desquels l'infiltration du tissu cellulaire sous-jacent était dissipée par la compression des doigts. Dans quelque position que l'on plaçât le malade et la tumeur on ne pouvait distinguer, dans ce même collet, aucune partie des organes génitaux.

» A partir d'une zone horizontale répondant au point moyen de la hauteur de cette masse, la peau était dure, bosselée, adhérente ; et cet état n'était nullement changé par la compression exercée avec les doigts. Les parties sous-jacentes présentaient là une grande consistance : cependant la forme de la masse entière pouvait être légèrement altérée par une forte compression exercée d'avant en arrière ou d'un côté à l'autre. Le malade assurait qu'il éprouvait la sensation particulière qui résulte de la pression des testicules, lorsqu'il comprimait les côtés de

la tumeur à environ un pied de distance des anneaux.

» La partie la plus déclive était d'une teinte rouge-brun, divisée en trois lobes principaux, dont un antérieur incliné à droite, et deux postérieurs. Ces trois lobes étaient couverts de bosselures formées par la peau, beaucoup plus nombreuses et plus saillantes que partout ailleurs. Sous le tubercule antérieur, représentant une sorte de gros champignon ou de chou-fleur, on remarquait une grande rainure transversale, au fond de laquelle était un sinus profond, se dirigeant en haut et légèrement à gauche : telles étaient la disposition du prépuce et celle du conduit par lequel les urines étaient expulsées. Au-dessus, on ne distinguait rien qui annonçât la présence de la verge ; mais le malade assurait qu'il éprouvait, par intervalles, des érections et des éjaculations.

» Cette masse avait été pesée à Perpignan, et estimée environ soixante livres. Elle rendait la marche et la station fort pénibles. Le malade avait abandonné depuis long-temps les vêtements de son sexe, et avait renoncé presque à toute sorte d'exercice. Du reste, il n'éprouvait aucun dérangement dans les fonctions nutritives ; il n'avait jamais de coliques, et le volume de la tumeur n'offrait pas de variations relatives au travail de la digestion. La respiration était libre ; il n'y avait jamais ni toux, ni expectoration. Partout ailleurs que sur les parties sexuelles, la peau ne présentait aucune altération : elle était souple, douce, halitueuse, et partageait la température du reste du corps ; seulement elle était d'une blancheur remarquable, et à la face elle offrait une très-légère nuance plombée que le malade disait lui être naturelle.

Nous ne vîmes le malade que le 1er août. En examinant les choses attentivement, nous remarquâmes la souplesse, l'état naturel de la peau vers les parties postérieures et latérales du collet de la tumeur ; la peau antérieure dans ce même collet, beaucoup épaissie, était pourtant susceptible d'être amincie par la compression, laquelle semblait expulser la sérosité dont elle aurait été infiltrée. Cet état de la peau antérieure, dans une étendue de six pouces verticalement, à partir de la région du pubis et de l'une à l'autre aine, contrastait d'une manière remarquable avec la dureté et l'adhérence des téguments dans tout le reste de la tumeur.

» Ces premières remarques donnèrent une lueur d'espoir. Nous conçûmes la possibilité de former trois lambeaux des téguments sains qui embrassaient le collet de la tumeur pour en envelopper les parties sexuelles, si ces dernières pouvaient être dégagées de la masse morbifique. En effet, ces organes devaient être dans l'état naturel ; ils se livraient à leurs fonctions avec les symptômes et les résultats ordinaires. Ils ne pouvaient être dégagés que par une dissection qui les dénuderait entièrement ; mais l'amputation de la tumeur étant faite ensuite au niveau du périnée, ces mêmes organes pouvaient être revêtus tout aussitôt par des téguments sains, avec lesquels ils pouvaient se confondre au moyen de l'inflammation adhésive. Le membre viril et les testicules étaient comme perdus dans cette masse ; les indications que donnait le malade, et qu'il tirait de ses propres sensations, étaient beaucoup trop vagues pour pouvoir y compter. Mais l'orifice du prépuce existait au fond de la tumeur ; il était probable qu'après avoir disséqué les trois lambeaux des téguments il serait possible de tracer, avec une certaine précision, une incision dans le tissu cellulaire selon la direction de l'anneau inguinal, de manière à tomber bientôt sur le cordon spermatique : ce dernier devait être un guide sûr, et conduire jusqu'au testicule en assez peu de temps. Ces derniers organes devaient être placés assez loin des anneaux ; les sensations du malade le faisaient présumer : il était très-vraisemblable qu'ils n'avaient pu se conserver complétement isolés ; et alors le poids de la tumeur scrotale devait avoir allongé les cordons spermatiques. Ces considérations faisaient présumer qu'il faudrait porter très-loin, vers le bas de la tumeur, la dissection propre à dégager les testicules ; mais on pouvait regarder comme certain, puisque ces organes exerçaient leurs fonctions, que leur tissu et celui du cordon s'étaient préservés

de l'affection organique : dès lors, on pouvait compter jusqu'à un certain point que ces parties auraient peu de liaisons avec la masse morbifique, et que leur dégagement serait facile et pourrait être rapide. Les mêmes raisons s'appliquaient à l'état présumable du membre viril ; il existait même un moyen particulier, propre à simplifier les investigations : on pouvait compter que le doigt pourrait être porté par le sinus dans lequel le prépuce avait été transformé, jusqu'à la hauteur du gland, et la dissection pouvait être rapidement poussée de là jusqu'au pubis.

» La verge devait se trouver prolongée, aussi bien que les cordons spermatiques, par le poids de la tumeur : l'étendue excédante de ces parties pouvait faire appréhender une disproportion fâcheuse de la part des lambeaux de peau saine destinés à les revêtir ; mais on pouvait compter que la distension venant à cesser, les cordons spermatiques, les corps caverneux, les tissus de l'urètre, se rétracteraient avec assez de rapidité, et que l'on retomberait ainsi bientôt dans les proportions naturelles.

» Un semblable projet exigeait beaucoup de temps pour son exécution, à cause de l'inévitable précision qu'il réclamait; mais le malade était jeune, robuste, d'une constitution athlétique, doué d'un grand courage, et animé d'un désir de guérir proportionné à l'immense étendue que sa maladie avait acquise, à l'impuissance de l'art, qu'on ne lui avait dissimulé nulle part, et à la détresse de sa position et de celle de sa famille.

» Enfin, une aussi grande entreprise avait pour objet, il est vrai, le symptôme d'une diathèse incurable : mais il était unique ; la constitution était dans un état satisfaisant, et, sous ce dernier rapport, le cas ne différait guère de tant d'autres. En effet, ne pratique-t-on pas tous les jours l'amputation d'un membre à l'occasion des lésions organiques articulaires, que l'on désigne sous la dénomination vague et collective de tumeurs blanches des articulations, et ces lésions organiques ne sont-elles pas, le plus souvent, un symptôme de la diathèse scrofuleuse? N'ampute-t-on pas tous les jours des cancers volumineux et fort avancés, malgré la certitude qu'ils proviennent d'une cause inhérente à la constitution, et qu'il n'est pas au pouvoir de l'art de faire cesser ?

»Toutes considérations bien pesées, l'opération fut regardée comme praticable, proposée au malade, qui l'accepta avec empressement, et mise à exécution le 11 septembre 1820.

» Le malade fut couché horizontalement et exposé au grand jour dans la salle des opérations. Il fut soutenu par un nombre d'aides suffisant, dans une attitude telle que les épaules et le bassin portassent sur le même plan horizontal : la tête était légèrement relevée, les fesses répondaient à l'extrémité du lit, et les jambes et les cuisses étaient dans la flexion et l'abduction. La tumeur étant embrassée horizontalement, dans sa zone moyenne, par une large ceinture faite d'une grande nappe, deux aides placés debout sur le lit, un de chaque côté du malade, furent chargés de soutenir et de varier la position de la tumeur, à la faveur de cette ceinture, pendant la durée de l'opération.

»Placé en face du malade, vis-à-vis de la tumeur et entre les membres inférieurs, nous traçâmes d'abord, avec de l'encre, les incisions que nous nous proposions de faire. Les deux principales devaient commencer chacune dans la région de l'anneau inguinal ; décrire, en descendant, une grande courbe, dont le sinus serait tourné en haut, en interceptant obliquement un des côtés du collet de la tumeur, pour venir finir devant l'anus : là, ces deux principales incisions devaient se réunir sous un angle assez aigu. Trois autres incisions furent également tracées. Les deux premières décrivaient chacune une courbe, dont le sinus était dirigé en dehors ; elles commençaient de chaque côté sous le cinquième antérieur de la grande incision courbe latérale, et se terminaient l'une et l'autre quatre pouces plus bas, au point où une ligne verticale aurait fait la tangente de cette nouvelle courbe. La troisième et dernière section fut tracée par une ligne horizontale, qui réunissait l'extrémité inférieure des deux dernières sections courbes. L'ensemble de ces cinq incisions devait

intercepter trois lambeaux de peau, dont un antérieur de forme pentagone, tenant à une base plus étroite, qui pouvait représenter un sixième côté, et deux lambeaux demi-circulaires, séparés entre eux par le lambeau antérieur, et réunis postérieurement attenant l'anus.

» Un bistouri convexe divisa les téguments, en suivant exactement le dessin que nous venions de tracer. Les deux lambeaux latéraux furent disséqués d'abord, en poussant leur isolement jusqu'à la hauteur de l'arcade des os pubis. L'aponévrose *fascia lata* se trouva dénudée à la base de chacun des lambeaux, parce que tout le tissu cellulaire du périnée et une partie de celui de la racine de la cuisse avaient été attirés vers la tumeur et intéressés jusqu'à un certain point dans l'affection du scrotum. Le troisième lambeau fut également disséqué jusqu'à sa base, c'est-à-dire jusqu'à la hauteur de l'arcade crurale et des os pubis. Dans la dissection de ces trois lambeaux, nous eûmes soin de ne prendre que la peau et le tissu cellulaire lâche et tout à fait exempt d'infiltration : la chose fut aisée pour les lambeaux latéraux, où le tissu cellulaire sous-jacent était sain. Il n'en fut pas de même du lambeau antérieur, où l'infiltration s'étendait jusqu'au tissu dermoïde lui-même : à la vérité, les parties n'étaient pénétrées que de sérosité coulante. Plusieurs ligatures furent faites de suite à la base des trois lambeaux.

» Nous fîmes alors, sous l'extrémité antérieure du lambeau latéral droit et vis-à-vis l'anneau inguinal correspondant, une section dans le tissu cellulaire, que nous prolongeâmes de plusieurs pouces vers le bas en suivant la direction de l'axe, et nous rencontrâmes un paquet de vaisseaux marchant de concert vers le fond du scrotum, et dans la direction déjà décrite : en les poursuivant rapidement vers le bas, nous les vîmes se disséminer ; ce qui les fit reconnaître pour ceux qui ont été désignés sous le nom de honteux externes. Ils furent coupés et liés un à un au niveau de l'aine.

» Pour lever sur-le-champ tous les doutes sur ce qui venait de se passer, des recherches de la même espèce furent exécutées de suite dans le côté gauche ; elles donnèrent le même résultat. Après avoir également lié et coupé les vaisseaux honteux externes du côté gauche, nous fîmes de ce même côté des recherches plus étendues dans la même direction, et nous trouvâmes, à une profondeur bien plus grande, le cordon des vaisseaux spermatiques, que son enveloppe musculaire fit reconnaître aussitôt.

» En découvrant le muscle crémaster, nous fîmes plusieurs remarques : il paraissait plus épais, plus rouge et plus étendu qu'à l'ordinaire ; il semblait envelopper un cylindre beaucoup plus volumineux que n'est le cordon spermatique dans l'état naturel, ce qui pouvait faire présumer, comme nous l'avions pensé d'avance, que ce même cordon avait souffert de grandes violences par le tiraillement de la tumeur, et qu'il faudrait chercher les testicules à une grande distance de l'anneau, conformément aux indications que le malade avait données. Nous avions déjà pénétré au moins à quatre pouces de profondeur dans l'épaisseur de la tumeur, suivant une ligne diagonale qui se serait étendue de l'aine gauche vers la fesse droite ; et l'on pouvait être frappé de la différence entre le tissu dense, lardacé, en partie fibreux, qui le composait, et un tissu cellulaire lâche, transparent, perméable, facile à déchirer, qui enveloppait immédiatement le cordon spermatique : le doigt pénétrait facilement dans ce dernier tissu et isolait sans obstacle le cordon, lequel semblait ainsi logé dans une sorte de cavité cylindrique pratiquée dans la masse de la tumeur ; on pouvait inférer de là, que le testicule serait libre et facile à dégager.

» Le doigt indicateur gauche étant engagé le long du cordon spermatique, à la faveur de la délicatesse du tissu qui l'entourait immédiatement, servit de guide pour l'étendue et la direction des incisions à pratiquer dans toute l'épaisseur de la tumeur, pour mettre le testicule à découvert : la distance de l'anneau à laquelle il fallut parvenir de la sorte, fut d'un pied. Le testicule fut trouvé un peu plus volumineux que dans l'état naturel, mais souple, mollet,

blanc, sans épanchement dans la tunique vaginale, et fixé beaucoup plus solidement par son extrémité postérieure, au fond de l'espèce de cavité qui le contenait, que ne l'était le cordon spermatique dans toute sa longueur. Néanmoins on ne trouvait aucun caractère du tissu propre de la tumeur dans cette partie du tissu cellulaire qui unissait plus intimement le testicule aux parties environnantes. En jugeant des choses par l'aspect, il était probable qu'il y avait eu là un point inflammatoire. Du reste, le testicule avait conservé cette sensibilité exquise qui lui est propre ; et lorsque, dans les efforts qui furent faits pour le dégager entièrement, on le comprimait fortement, le malade se plaignait d'une douleur atroce, et telle que, disait-il, il cesserait bientôt de respirer et de vivre, si elle se prolongeait. En effet, cette douleur semblait suspendre les mouvements de la respiration ; ce qui obligea à laisser par intervalles quelques instants de relâche. Le testicule gauche fut entièrement dégagé, le cordon spermatique dénudé jusqu'à l'anneau, et l'un et l'autre furent déposés sur l'abdomen.

» Des recherches de la même espèce firent bientôt découvrir le cordon spermatique droit près de l'anneau inguinal ; il fut reconnaissable également au développement du muscle crémaster et à la disposition particulière du tissu cellulaire qui l'environnait immédiatement ; le cordon tout entier paraissait logé dans une cavité cylindrique pratiquée aux dépens de la tumeur, d'environ un pied de longueur, et aux parois de laquelle il ne tenait que par un tissu cellulaire fort mou et facile à déchirer. Le doigt indicateur servit également de guide pour les incisions à la faveur desquelles nous mîmes le testicule droit à découvert ; cet organe était beaucoup plus libre que le testicule opposé dans l'excavation qui le contenait ; il fut aisé de l'isoler en déchirant le tissu cellulaire qui l'environnait ; et cette partie de l'opération, qui fut bien moins difficile qu'elle ne l'aurait été du côté gauche, causa aussi beaucoup moins de douleur au malade. Néanmoins on eut l'occasion de remarquer la sensibilité exquise de l'organe, telle qu'elle existe dans l'état naturel. Ce testicule et son cordon, dans l'isolement desquels nous découvrîmes l'anneau inguinal et l'extrémité interne de l'arcade crurale, comme dans la dissection de celui du côté gauche, furent déposés aussi sur l'abdomen.

» Nous cherchâmes à découvrir les corps caverneux devant la région du pubis, en faisant plusieurs incisions transversales dans la masse des parties molles qui occupait l'intervalle des deux anneaux ; mais la grande densité des tissus que nous incisions fit appréhender quelque erreur, et nous fit adopter un procédé plus sûr. Le doigt indicateur gauche fut porté dans le sinus du fond de la tumeur par lequel les urines étaient répandues, et qui répondait à l'orifice du prépuce ; il servit de guide pour les incisions qu'il fallut pratiquer de bas en haut, dans l'intention de fendre ce conduit et l'espèce de chou-fleur qui en surmontait l'orifice, et de remonter ainsi jusqu'au gland. Le doigt reconnut ce dernier organe à un pied d'élévation ; et nous mîmes plus de circonspection dans les incisions qui pénétrèrent jusqu'à lui. Aussitôt cette même section verticale fut prolongée jusqu'à la partie supérieure, et tout le devant de la tumeur ayant été fendu de la sorte depuis la base du gland jusque vis-à-vis la symphyse du pubis, cette grande incision favorisa la dissection au moyen de laquelle on mit à nu les corps caverneux, à droite et à gauche, en procédant toujours du gland vers la racine de la verge. Ce soin était nécessité par la densité des parties au milieu desquelles la verge était plongée ; si l'on avait perdu de vue un instant le tissu fibreux des corps caverneux, pour laisser une couche de tissu cellulaire attachée à la verge, on se serait certainement égaré. Il n'en fut pas de même des rapports de la face postérieure de la verge et du canal de l'urètre : nous disséquâmes de même ces parties, en procédant de bas en haut, après avoir coupé le prépuce tout autour de la base du gland ; elles furent trouvées ne tenant au corps de la tumeur que par un tissu cellulaire lâche et demi-transparent, tout à fait distinct de

la masse morbifique; aussi cette dissection fut-elle très-rapide et permit de laisser une couche de tissu cellulaire sain attachée à la face inférieure de la verge. Le membre viril, entièrement isolé, fut déposé sur l'abdomen avec les deux testicules. Nous procédâmes alors à la dissection du pédicule de la tumeur; mais nous avions de trop bonnes raisons de suspecter sa structure pour négliger de la faire avec soin : ce fut donc en mettant à nu, par une dissection attentive, tous les organes du périnée. Nous découvrîmes d'abord le pilier gauche de l'arcade du pubis, puis le corps caverneux gauche, et successivement le canal de l'urètre avec son bulbe et sa partie membraneuse, les muscles ischio et bulbo-caverneux, les sphincters de l'anus, le corps caverneux droit et le pilier droit de l'arcade du pubis, par lequel cette dissection fut terminée.

» La tumeur étant enfin abattue, nous eûmes encore plusieurs vaisseaux à lier, parmi lesquels l'artère de la cloison du scrotum, les artères dorsales de la verge, l'artère transversale du périnée, celle du bulbe à droite et à gauche, et plusieurs rameaux des hémorrhoïdales inférieures. Tous ces vaisseaux furent assujettis par des ligatures distinctes; le grand nombre de ces dernièr.s fit renoncer à la conservation de leurs chefs, que nous coupâmes tout contre les nœuds, afin de n'avoir pas d'interposition dangereuse.

» Les testicules furent déposés sur le périnée, des deux côtés de la racine de la verge; la grande étendue des cordons spermatiques mit dans la nécessité de disposer ces derniers de manière à former plusieurs courbes ou zigzags, pour qu'ils pussent tenir dans le petit espace qui régnait entre l'anneau et la nouvelle situation du testicule. Ces parties furent assez difficiles à contenir dans cette position. Les deux lambeaux latéraux des téguments furent rapprochés entre eux et assujettis par des points de suture entrecoupée, qui se succédaient de pouce en pouce, depuis l'anus, dans les quatre cinquièmes postérieurs du bord libre de ces mêmes lambeaux.

» Nous étions parvenu de la sorte jusque sous la racine de la verge, et nous suspendîmes cette suture médiane pour former le fourreau du membre viril. Le lambeau pentagone ou antérieur fut roulé autour de ce dernier, de manière que les deux côtés du lambeau qui partaient des anneaux inguinaux furent laissés libres; que les deux suivants furent affrontés entre eux le long du canal de l'urètre et assujettis de huit en huit lignes par autant de points de suture entrecoupée. Le côté moyen, que nous appellerons aussi antérieur ou inférieur de ce même lambeau, tournait ainsi circulairement au-dessus de l'extrémité du gland et représentait le bord libre d'un prépuce. Dès les premiers points on s'aperçut que le poids de la verge entraînait cette partie vers l'arcade du pubis, et qu'elle pouvait abandonner ainsi le nouveau fourreau dont nous l'enveloppions; alors nous prîmes le parti de comprendre quelque peu le tissu cellaire de la verge dans les points de suture. Les côtés de ce même lambeau, que nous avions laissés libres à droite et à gauche, entre l'anneau inguinal et la racine de la verge, furent affrontés chacun avec le cinquième antérieur du lambeau latéral correspondant, et assujettis aussi de huit en huit lignes par autant de points de suture entrecoupée.

» Jusqu'au moment où la dissection du pédicule de la tumeur fut terminée, l'opération avait duré cinquante-sept minutes; il parut important de faire cesser au plus tôt les sensations douloureuses que le malade éprouvait : en conséquence, tandis que nous procédions aux sutures, il prit soixante gouttes de laudanum liquide dans deux onces d'eau.

» Des plumasseaux, longs et étroits, chargés d'une couche de cérat, recouvrirent les traces qui résultaient du rapprochement des parties et les points de suture. Des masses de charpie brute furent entassées autour du nouveau scrotum, depuis l'anus jusqu'aux aines; des compresses longuettes qui croisaient en arrière, et qui s'écartaient en avant, sur les côtés de la verge, recouvrirent cette masse de charpie; le tout fut contenu par un bandage en double T, dont les chefs croisaient sur le scrotum et passaient en diagonale sur l'aine opposée

avant de se rattacher à la partie antérieure de la couture. Cet appareil fut convenablement serré, afin de s'opposer à l'engorgement excessif des parties, et de tenir dans un contact immédiat, complet et très-intime, les lambeaux qui constituaient le scrotum, les cordons spermatiques, les testicules et la nouvelle surface du périnée. La compression s'exerçait aussi, mais plus légèrement, par ce même appareil, sur les aines et autour de la base de la verge ; mais il ne parut pas possible de faire mieux que de laisser tout le reste de cet organe, avec sa nouvelle enveloppe, entièrement libre.

» La tumeur, pesée environ une heure après son extirpation, pèse cinquante-quatre livres. On estime environ six livres la quantité de sérosité qui s'était écoulée pendant ou depuis l'opération.

» Immédiatement après l'opération, pouls profond et insensible, membres froids, face décolorée, esprit sain.

» A midi, pouls plus sensible, membres moins froids.

» A trois heures après midi, température à peu près naturelle; pouls très-distinct et à 108 pulsations par minute (1 grain d'opium).

» A cinq heures, vomissement léger d'un peu d'eau de veau que le malade venait de boire.

» Dans la nuit, cinq heures de sommeil, à diverses reprises.

» Le 12 septembre, température un peu plus élevée; pouls plus consistant et aussi fréquent; calme d'esprit; souplesse du ventre; point d'urine; légère douleur aux lombes; mortification de la peau qui correspond à l'extrémité de la verge (4 crèmes de riz ; eau de veau nitrée et orgeat alternativement).

» Le soir, le pouls donne 130 pulsations par minute ; la température est plus haute que le matin, la langue nette et humide, la soif médiocre, les idées libres, le ventre souple. La mortification de la peau de la verge n'a fait des progrès que jusqu'à une heure après midi ; elle comprend à peu près le tiers du lambeau des téguments qui recouvrent le membre viril; elle n'exerce aucune influence fâcheuse sur la constitution. Le malade n'a point uriné, mais il sent quelques envies; néanmoins, la vessie n'est pas distendue (saignée de six onces).

» La nuit a été tranquille, presque tout entière au sommeil, qui n'a été interrompu que pour prendre des crèmes de riz. Le malade a rendu environ dix onces d'urine à sept heures du soir, et vingt onces à deux autres reprises dans la nuit. Leur émission a été facile et nullement douloureuse.

» Le 13, le pouls est à 110 pulsations ; la température est douce, le calme parfait, l'appareil est changé. Les lambeaux qui forment le nouveau scrotum sont légèrement tuméfiés, rénitents, un peu chauds, point rouges. Les plaies sont coaptées partout exactement, excepté à l'angle postérieur, devant l'anus, où il y a un petit hiatus. En comprimant légèrement ces parties, on exprime un peu de sérosité par cette issue. La mortification du fourreau de la verge est bornée, elle ne s'étend que jusqu'à la base du gland ; apparition de la ligne inflammatoire (deux bouillons de viande ; deux crèmes de riz ; même tisane).

» Le soir, la température est plus élevée ; le pouls donne toujours 110 pulsations par minute (saignée de dix onces) : nuit très-calme.

» Le 14, pouls à 96 pulsations ; température du corps douce, tout dans l'état le plus parfait ; sensibilité sur les côtés et la partie postérieure du nouveau scrotum ; en le comprimant en devant, on exprime du pus en petite quantité par la partie moyenne de la plaie ; et en comprimant la base du scrotum dans la partie moyenne, du pus s'échappe par l'hiatus postérieur. La réunion paraît faite dans les aines (biscuit et vin, matin et soir; un vermicelle ; quatre bouillons).

» Le 15, état naturel sous tous les rapports ; désir d'aliments. On accorde un peu de poisson et le demi-quart de pain. L'intumescence du nouveau scrotum est médiocre. En le comprimant sur les deux côtés, on expulse par la partie antérieure du pus blanc ; et par l'hiatus postérieur, un peu de matière brunâtre entraînant quelques lambeaux de tissu cellulaire. On fend les eschares du fourreau de la verge,

pour mettre le gland à découvert et faciliter l'excrétion des urines.

» Le 16 septembre, tout est en bon état : l'eschare se détache ; quatre points de suture ont été supprimés dans les aines (même régime). Dans la nuit, le malade souffre par l'urine qui humecte l'appareil du côté droit.

» Le 17 septembre, à quatre heures du matin, un pansement est fait et le malade se trouve soulagé. Au pansement de la visite, la peau de l'aine est trouvée enflammée et excoriée par l'urine. Ces parties sont défendues par l'interposition d'un corps gras : on recommande au malade de s'incliner sur le côté opposé. La séparation des eschares du nouveau prépuce est presque complète. Une nouvelle petite eschare celluleuse s'est échappée par l'hiatus postérieur (demi-quart ; infusion de centaurée.)

» Le 18 septembre, le pouls est à 65 pulsations par minute ; la température est fraîche ; tout est dans un calme parfait ; le malade a mangé un peu de viande, qu'il a bien digérée. Suppression de tous les points de suture, dont plusieurs avaient usé les parties qu'ils embrassaient. La réunion est faite dans un grand nombre de points ; dans plusieurs autres, il s'est détaché des lambeaux cellulaires. L'irritation occasionnée par les urines dans l'aine droite a désuni la plaie de cette région. La verge, quoique un peu dénudée, ne se rétracte point (demi-quart, m. et s. ; côtelette le soir ; infusion de centaurée).

» Le 19 septembre, pouls petit et rare, température fraîche, tête libre, respiration bonne, ventre souple. Une légère inflammation occupe le tissu cellulaire de la région pubienne ; elle fournit du pus qui s'échappe par la plaie inguinale droite désunie : on en exprime aussi de la partie antérieure du scrotum sous la verge. La suppression des points de suture n'a permis d'écartement que dans la partie inférieure de la plaie inguinale droite. Le corps de la verge est à nu, recouvert de bourgeons celluleux bien conditionnés. Le dégorgement est complet dans les deux tiers postérieurs du scrotum et autour de la verge. Le malade est affaibli par le défaut de nourriture, il est rebuté du bouillon de la maison ; on pourvoit autrement à sa subsistance (six bouillons ; infusion de centaurée, potion avec :

Eau de fleurs d'oranger,	de chaque
Sirop d'écorce d'orange,	2 onces.
Éther sulfurique,	1 gros.
Résine de kino,	demi-grain.

(Prendre par cuillerées, de deux en deux heures.)

» Le 20 septembre, pouls naturel, température fraîche, ventre indolent. Il y a eu hier au soir quelques tranchées, qui se sont terminées par l'émission de quelques vents. Le sommeil est bon, et assez durable ; la faiblesse est encore grande, mais l'expression de la figure est plus rassurante. La langue est toujours nette. Le scrotum s'est fort dégorgé depuis la veille ; le séjour du pus à sa base est presque nul, ainsi que sous la racine de la verge. On en exprime davantage de la région inguinale droite et de la région du pubis, lesquelles sont moins sensibles ; mais pourtant la suppuration est de bonne qualité. Le nouveau fourreau de la verge est réuni au corps de cet organe dans tout son contour. Le malade est plus satisfait de son état (six bouillons ; vin ; oxycrat pour boisson).

» Le 21 septembre, les forces renaissent, le désir de la nourriture se fait sentir, la suppuration diminue, et les surfaces découvertes sont revêtues de bourgeons charnus plus colorés. Il y a moins de sensibilité à l'aine droite et à la région du pubis. On soutient les parties qui avaient été écartées au moyen de quelques bandelettes agglutinatives.

» Le 23 septembre, le malade a été à la garde-robe ; il a poussé une selle très-copieuse. L'engorgement du pubis se dissipe, la suppuration qui s'échappe par la plaie inguinale droite est assez abondante. C'est le seul séjour de pus qu'il y ait eu encore. Il s'est échappé une ligature (même régime, même tisane.)

» Le 25 septembre, l'engorgement situé au-dessous du pubis est en grande partie dissipé ; la suppuration est moins abondante et de bonne nature. Les parties se dégorgent et se rapprochent chaque jour. Le malade est dans un état très-satisfaisant.

» Le 29 septembre, on remarque un point dur à l'angle postérieur de la plaie; il est recouvert d'un cataplasme. L'appétit est assez prononcé ; les digestions se font bien, ainsi que toutes les fonctions.

» Le 30 septembre, le point le plus déclive de la plaie moyenne présente quelques duretés causées sans doute par la suppuration que les ligatures entretiennent. On reprend le cataplasme émollient pour la région pubienne et la plaie inguinale, où l'on remarque encore trop de consistance malgré les progrès de la résolution. Le fourreau s'avance tous les jours davantage vers la couronne du gland, la cicatrice circulaire qui régnera sur ce point est presque complète du côté gauche.

» Le 2 octobre, en écartant les bords de la plaie longitudinale du scrotum, on voit qu'elle ne s'est pas réunie avec elle-même ; mais la face profonde des deux lambeaux est complétement recollée contre les testicules et le périnée, et la réunion arrive jusqu'au bord de la section cutanée. Ceux-ci se replient en dedans et se rapprochent chaque jour davantage du fond de l'espèce de gouttière que cette plaie représente. Cet état de choses est ce qui entretient un peu de consistance sur les bords des plaies. Le malade s'est levé hier et a pu parcourir la longueur des deux salles formant une distance de 120 pieds, et revenir.

» Le 6 octobre, il est survenu un nouvel engorgement à l'aine droite ; la partie est très-douloureuse au toucher. A midi le malade est pris d'un frisson qui dure près de trois quarts d'heure, lequel est suivi d'une chaleur douce qui se prolonge jusqu'à six heures du soir (diète; cataplasme émollient sur la partie douloureuse.)

» Le 7 octobre, la fièvre a cessé, le malade est mieux, on distingue la fluctuation à l'aine droite. Au pansement du soir, l'abcès s'ouvre et donne issue à une assez grande quantité de pus.

» Le 8 octobre, le malade est soulagé ; la fièvre n'a plus reparu. La cicatrisation se fait avec rapidité ; le dégorgement des parties est presque complet, la suppuration est moindre.

» Jusqu'au 15 novembre, ce qui reste de ligatures se sépare et est expulsé successivement. Les forces renaissent chaque jour ; le malade se promène dans la maison ; on profite de tous les beaux jours pour le transporter au dehors et lui faire prendre de l'exercice à l'air libre ; enfin, les forces sont suffisantes pour qu'il sorte seul et qu'il se promène à pied dans la ville et au dehors. A cette même époque, la cicatrisation est complète excepté dans l'angle postérieur, attenant à l'anus et sur le pubis, où il y a encore deux petits sinus entretenus sans doute par quelque ligature. On sent très-distinctement sur les deux côtés de la cicatrice linéaire du nouveau scrotum les deux testicules : ils ont le volume et la consistance de l'état naturel ; ils sont libres au milieu du tissu cellulaire ambiant, et peuvent ainsi être rapprochés de la région inguinale. La verge ne paraît pas avoir plus de deux pouces de saillie dans l'état ordinaire ; mais elle s'étend dans l'état d'érection, et tous les jours de plus en plus. Les cicatrices acquièrent chaque jour plus de souplesse.

» Le malade fut gardé à l'hôpital de Montpellier jusqu'au commencement de février : ce temps n'était pas nécessaire à son rétablissement, qui se trouvait complet dès la fin du mois de novembre ; mais nous aurions désiré le garder auprès de nous, et nous cherchions à lui procurer un emploi propre à le faire vivre sans trop de fatigues. Les autorités, vivement intéressées par le sort de ce malheureux, s'y employaient avec zèle. Pendant deux mois et demi, il fréquenta les promenades, marchant avec beaucoup d'assurance, toujours suivi de deux porteurs, dont il n'usait que fort rarement. Cette liberté affermissait visiblement sa santé ; mais il en abusait quelquefois et se livrait à l'intempérance avec ses porteurs. Nous fûmes prévenu de ces excès par les sœurs et les infirmiers de l'hôpital, qui l'avaient vu rentrer plusieurs fois dans un état d'ivresse. Authier en convint et en eut honte, se montra sensible à nos reproches ; il promit de se corriger et devint effectivement plus réservé pendant les derniers mois de son séjour à Montpellier. Mais il

éprouva le désir de revoir sa famille ; et, ne pouvant le retenir plus long-temps, nous sollicitâmes pour lui la bienveillance des autorités de Perpignan, que nous n'eûmes pas de peine à obtenir.

» Au moment où il s'éloigna de nous, voici quel était son état : les plaies résultant de l'opération étaient entièrement cicatrisées, affermies, et les cicatrices, pour la plupart linéaires, étaient devenues souples, blanches et mobiles. Celle qui régnait à la partie moyenne du nouveau scrotum, placée régulièrement selon la ligne médiane et faisant suite au raphé, s'étendait depuis l'anus jusque sous la verge : elle était un peu déprimée, rétractée dans le sens de sa longueur, de manière que les nouvelles bourses en étaient légèrement ridées transversalement. Cette cicatrice avait des adhérences avec la partie inférieure de la racine de la verge, par où les deux testicules étaient tenus constamment séparés comme ils l'étaient auparavant par la cloison du scrotum.

» La cicatrice qui s'élevait obliquement vers l'aine gauche était linéaire, blanche, souple et libre de toute adhérence avec les parties sous-jacentes. Celle qui s'élevait vers l'aine droite était plus profonde, encore consistante, rétractée et bridant la verge vers ce même côté.

» La verge était étroitement embrassée par la portion de téguments qui formait son nouveau fourreau ; celui-ci ne régnait que jusqu'à la base du gland, et ne jouissait d'aucune mobilité. Rien ne remplaçait le prépuce ; mais le gland, qui d'abord avait été enflammé et même légèrement excorié, par l'effet de sa récente et constante dénudation, avait recouvré un derme convenable à sa nouvelle condition. Une cicatrice linéaire, mais encore adhérente, régnait le long de la face inférieure du membre viril ; une autre, plus large et comprenant le tiers antérieur ou inférieur de sa longueur, occupait son côté droit, et contribuait, avec celle de l'aine droite, à incliner habituellement la verge de ce côté.

» La saillie de cette dernière partie était d'environ deux pouces dans l'état de repos, et sa direction était alors horizontale avec une légère déviation à droite. Dans l'état d'érection cette étendue était au moins doublée, et le diamètre du membre ne s'éloignait pas beaucoup des conditions de l'état sain : alors la verge se dirigeait légèrement en haut ; et le gland aussi bien que le tissu spongieux de l'urètre se gonflaient autant que les corps caverneux. En cet état, quoique l'inclinaison habituelle vers le côté droit subsistât, il n'y avait de sensation douloureuse ni dans la verge elle-même, ni dans aucune des cicatrices. Enfin, les renseignements que nous avons obtenus depuis prouvent que cet organe non plus que les testicules n'avaient rien perdu de leurs facultés naturelles ; sans néanmoins qu'il y ait eu aucun symptôme remarquable de salacité extraordinaire.

» Les testicules et leur cordon, dont le volume et la consistance n'offraient rien de particulier, fournissaient la matière de deux remarques, dont une fort curieuse : 1° ils avaient conservé une sensibilité exquise, comme celle qui avait coûté tant et de si vives douleurs au malade pendant l'opération; 2° ils n'étaient nullement assujettis dans la position où ils se trouvaient dans le nouveau scrotum ; ils étaient logés chacun dans le fond du repli cutané correspondant ; ils ne pouvaient s'en écarter, ni en dehors, ni en dedans, la tension naturelle de la peau de la cuisse et l'adhérence de la cicatrice médiane s'y opposaient ; mais ils pouvaient se rapprocher et s'éloigner de l'anneau inguinal ; et ce déplacement pouvait être opéré par la pression des doigts, et l'était souvent d'une manière très-remarquable, et, dans les cas ordinaires, par la contraction ou le relâchement du muscle crémaster ; ce qui prouvait deux choses qui ont été vérifiées dans la suite : que les cordons testiculaires n'avaient point été altérés et qu'il avait été conservé assez de tissu cellulaire exempt d'altération dans l'épaisseur des lambeaux latéraux des téguments.

» Le malade n'avait point recouvré tout l'embonpoint dont il jouissait avant son opération ; mais la contraction musculaire avait acquis une grande force, et la

coloration de sa peau avait quelque chose de plus satisfaisant. Les facultés intellectuelles, l'appétit, la digestion, la respiration, le sommeil étaient comme dans l'état naturel. Il n'y avait surtout pas la moindre toux, et le pouls était grand et lent ; caractères qui étaient propres au sujet et que nous avions constatés antérieurement.

» Nous avons obtenu d'Authier la sobriété que son état exigeait, surtout en nous chargeant de fournir nous-même à ses repas : nous avions acquis par là les moyens et le droit de les régler. En le quittant nous lui fîmes considérer sérieusement les heureux effets du régime que nous lui avions imposé, et l'importance dont il devait être pour l'avenir. Nous regardions le régime presque entièrement végétal comme expressément indiqué, et nous lui recommandâmes fortement de s'abstenir de la plus grande partie des viandes, de ne se permettre que celle des jeunes animaux, de temps en temps et en petite quantité, et d'être très-réservé dans l'usage du vin. Nous nous attachâmes aussi à lui faire sentir combien il serait utile qu'il pût éviter tout exercice pénible, et nous lui apprîmes que, pour cette raison, nous avions sollicité pour lui un emploi de concierge, qui nous était promis. Il nous parut convaincu, et nous étions bien loin de penser qu'il oublierait si promptement les sages avis que nous lui donnions. Nous le recommandâmes particulièrement au docteur Massot, de Perpignan, avec prière de nous prévenir si Authier devenait malade, afin que nous pussions nous rendre auprès de lui. Voici ce que nous apprîmes par deux lettres de cet excellent confrère, qu'il nous a permis de rendre publiques...»

M. Delpech cite ensuite deux lettres desquelles il résulte que le malade, après avoir joui pendant quelques mois d'une bonne santé et avoir même fait quelques excès de femmes, succomba à un abcès du foie. Les testicules étaient du volume d'un œuf de pigeon et sains. (*Clinique chirurgicale de Montpellier*, t. II, p. 7 et suiv.)

ARTICLE XXV.

Tumeurs fœtales du scrotum.

Une des espèces de tumeurs les plus curieuses qu'on puisse observer dans les testicules sont les tumeurs formées par des détritus de fœtus. Ces tumeurs singulières peuvent être formées par toutes sortes de parties organiques, mais ce sont presque toujours les poils, les os ou les dents qui les forment en grande partie ou même exclusivement. Ollivier (d'Angers) est un des premiers qui aient cherché à généraliser les faits de ce genre dans un mémoire important publié dans les *Archives générales de médecine* (1827, t. XV) et qui a pour objet tout ce qu'on appelle les monstruosités par inclusion en général. Avant de rapporter la théorie émise par Ollivier sur le mode de production de ces tumeurs, nous allons en citer un exemple, le plus curieux peut-être qu'on ait encore rencontré. Il a été observé dans le service de M. Velpeau et publié dans la *Gazette des médecins praticiens* pour l'année 1840.

«Obs. 1re. Le 18 janvier 1840 est entré à l'hôpital de la Charité (salle Ste-Vierge, numéro 42), le nommé Gallochy, âgé de 21 ans, d'une forte constitution, portant sur le côté droit du scrotum une tumeur du volume d'un gros œuf. Voici ce que le malade raconte sur son origine : il prétend qu'elle a toujours existé ; sa mère lui a dit qu'à l'âge de quatre mois elle avait le volume qu'elle offre aujourd'hui. Elle n'aurait pris, en conséquence, aucun développement avec l'âge. Elle a toujours offert une insensibilité complète ; à tel point qu'il pouvait la traverser avec une pointe de fer, sans éprouver la moindre douleur. Il dit aussi y avoir pratiqué avec son couteau plusieurs incisions. C'est par des manœuvres de ce genre qu'il explique les cicatrices nombreuses qu'on observe sur les téguments. A la partie postérieure existent trois petites ouvertures qui ont toujours fourni une certaine qnantité de matière grasse. Par une de ces ouvertures sort une touffe de poils qui, au dire du malade, existaient bien avant qu'il s'en fût développé sur le pubis. Nous devons ajouter que la plu-

part de ses renseignements ont été confirmés par le médecin de la famille du malade.

» *État actuel.* Sur le côté externe du scrotum, du côté droit, existe une tumeur du volume d'un gros œuf de dinde, bien arrondie ; elle est couverte d'une peau très-blanche sur laquelle existent un grand nombre de poils fins, courts et placés de distance en distance. Ces poils ne présentent aucun des caractères des poils du scrotum. La coloration de la tumeur tranche parfaitement bien avec celle du scrotum ; cette dernière est d'un brun très-foncé ; la transition entre ces deux colorations est tout à fait brusque. La tumeur et la peau qui la recouvre ne donnent aucun signe de sensibilité, celle du scrotum est, au contraire, très-exquise.

» Cette transition douloureuse est aussi brusque que celle que nous venons de noter touchant la coloration. Pressée en divers sens, cette tumeur offre la consistance d'une tumeur fibreuse ; cependant sur divers points elle paraît moins dure. En arrière, on sent un corps dur situé dans l'intérieur de la tumeur, et qui donne la sensation d'une concrétion osseuse placée au milieu des parties molles. Sur ce point, on aperçoit trois ouvertures fistuleuses par lesquelles s'écoule presque constamment une matière grasse, qui ne ressemble ni au pus ni à la sérosité. Par une de ces ouvertures plus grande que les autres sort une touffe de poils excessivement fins qui existaient, comme nous l'avons déjà dit, bien avant que le malade en eût observé sur le pubis.

» Les rapports de la tumeur avec le testicule étaient les suivants : le testicule et l'épididyme, placés en dedans, paraissaient à l'état sain ; toutefois on eût dit qu'ils étaient légèrement hypertrophiés. Le cordon paraissait également intact. Du reste, ces organes fonctionnaient parfaitement bien. Ajoutons que le malade assure, à différentes reprises, qu'il n'a jamais eu la maladie vénérienne.

» Nos lecteurs se convaincront facilement, d'après l'exposé des caractères que nous venons de mentionner, combien était difficile le diagnostic de cette tumeur.

» Eh bien ! disons-le tout de suite : M. Velpeau, procédant par voie d'exclusion, diagnostiqua une monstruosité par inclusion, une tumeur composée de détritus de fœtus. C'était, en conséquence, une espèce d'opération césarienne qu'on allait pratiquer. Nous ne nous arrêterons point à faire ressortir la valeur de ce diagnostic, disons seulement que c'est, à notre avis, un des plus beaux qui aient été portés.

» Le 29 janvier, M. Velpeau procéda à l'opération de la manière suivante. La tumeur fut circonscrite par une incision circulaire pratiquée sur la peau du scrotum; à l'aide d'une dissection minutieuse et assez laborieuse, la masse morbide fut séparée des parties voisines. Une incision, pénétrant dans un kyste, donna issue à une petite quantité de sérosité. Le testicule et même la tunique vaginale purent être respectés ; ils étaient à l'état sain. L'opération n'offrait d'ailleurs rien de particulier. Il s'écoula une assez grande quantité de sang. Trois ligatures furent appliquées; l'hémorrhagie s'arrêta promptement et permit de faire le pansement. Les lèvres de la plaie sont réunies exactement au moyen de quatre épingles, qu'on fixe à l'aide de la suture entortillée. Le malade a supporté l'opération sans proférer la moindre plainte. Le 30, la nuit s'est passée presque sans sommeil. Mouvement fébrile. Saignée de trois palettes.

» Le 31, un peu d'engorgement sur le trajet du cordon. Trente sangsues. Le 2 février, le scrotum est rouge, tuméfié, tendu, douloureux. Il y a menace de gangrène. M. Velpeau pratique des mouchetures simples. Le 4 février, l'état du malade est plus satisfaisant.

» Dissection de la tumeur. Cette dissection a été très-habilement faite par M. Demeaux, interne de M. Velpeau. Incisée transversalement, cette tumeur a présenté plusieurs kystes de capacité variable et contenant des matières diverses. Le plus grand renfermait une matière grasse, d'une couleur grisâtre, composée de petites parcelles isolées, mais liées les unes aux autres par une matière gélatineuse. Un autre kyste, du volume d'une châtaigne, était également rempli d'une ma-

tière grasse d'une couleur un peu plus foncée que la précédente ; au milieu de cette substance existait une grande quantité de poils très-fins. D'autres kystes, en nombre variable, renferment une substance semi-liquide qui, pour la consistance, ressemble complétement à l'humeur vitrée ; mais la couleur en diffère beaucoup, elle est jaunâtre et filante. La partie compacte de la tumeur ne présente aucun des caractères des tissus normaux et anormaux connus jusqu'à ce jour. D'une consistance fibreuse, ce tissu est cependant assez mou ; il présente à l'intérieur une teinte rosée. Au milieu de tout cela se trouvent des masses de graisse bien reconnaissables. Mais voici ce que cette tumeur renfermait de plus remarquable ; vers son milieu existe une partie dure, composée de plusieurs os diversement disposés, articulés les uns avec les autres. Par une dissection très-minutieuse et très-habile, M. Demeaux est parvenu à isoler ces os en trois groupes. Le plus volumineux paraît, de prime abord, formé d'une seule pièce ; mais, en l'isolant complétement des parties molles, on voit qu'il se compose de trois pièces principales : une d'elles, la plus considérable, se compose d'une colonne osseuse très-forte, un peu irrégulière ; d'un des côtés part un prolongement recourbé sur lui-même dans deux sens différents ; du côté opposé sont deux fragments osseux articulés ensemble ; le tout est uni à la colonne osseuse dont je viens de parler. Quoique ces os soient disposés d'une manière irrégulière, on ne peut guère se défendre de l'idée que ce sont les os du bassin. L'autre groupe se compose d'os longs s'articulant au moyen d'une masse fibreuse. Il y a dans ce groupe un os plat. Le troisième groupe se compose de plusieurs os plats et d'une série de petits noyaux osseux réunis ensemble. Il paraît probable que ce sont là les débris de la tête et du rachis. »

M. Victor Jzokalski a fait de cette observation le sujet de commentaires importants sur les tumeurs fœtales externes en général ; nous croyons devoir rapporter ici ces commentaires, car il n'est pas possible de comprendre le mode de formation de celles du scrotum et des testicules sans envisager celles qui se forment ailleurs.

« Pour expliquer la présence de débris de fœtus dans certaines tumeurs, dit-il, il faut nécessairement admettre de deux choses l'une : ou bien que de deux germes d'abord parfaitement isolés, l'un a pénétré dans l'autre par des causes et un mécanisme dont nous ne pouvons pas nous rendre compte, ou bien qu'ils se sont trouvés réunis de prime abord dans un seul et même ovule. L'une de ces deux explications admises, le fait d'un fœtus inclus dans un autre n'a plus rien d'étonnant. Sans avoir besoin de nous justifier par des motifs et un long raisonnement, nous déclarons tout d'abord que nous adoptons la seconde hypothèse, qui a été soutenue par Santo-Fattori et Himly, savants dont les noms seront à tout jamais attachés à l'histoire des monstruosités par inclusion.

» On sait qu'on trouve quelquefois deux germes dans une graine, ou dans un œuf d'oiseau. Supposons, pour un instant, deux germes égaux et semblables dans un ovule de Græfe : que cet ovule se développe en dedans ou en dehors de la matrice, ne peut-on pas concevoir que l'un des germes, par des circonstances que nous ne pouvons apprécier, prendra un peu plus tôt ou un peu plus tard de la prédominance sur l'autre ? Dès lors ce germe prédominant se développera progressivement jusqu'à ce qu'il ait atteint son plus haut point de perfection ; il grandira, étouffant pour ainsi dire son congénère, qui, arrêté dans son développement et dans ses progrès organiques, restera à l'état rudimentaire accolé, ou plutôt inclus dans le corps du premier germe. Nous appellerons avec M. Geoffroy-Saint-Hilaire le premier *autosite* et le second *parasite*. Le moment où se fait cette prédominance d'un des germes sur l'autre n'est pas toujours le même, il peut arriver plus tôt ou plus tard après la conception, et c'est ce qui explique pourquoi nous trouvons dans les tumeurs qu'ils forment les traces d'une organisation plus ou moins avancée.

» A partir du moment de l'inclusion chacun des germes vit à sa manière. Leur

histoire est d'une trop grande importance sous le point de vue médical pour que nous la passions sous silence. Le parasite est retardé dans son accroissement, comme nous l'avons déjà dit ; il végète aux dépens de son frère, et il mérite justement le nom que lui a donné notre savant naturaliste. Il est enveloppé d'une membrane qui adhère fortement aux organes de l'autosite. Dans cette membrane se ramifient des vaisseaux qui, s'anastomosant avec ceux de ce dernier, forment tantôt un réseau, tantôt une espèce de cordon qui fournit des veines et des artères au corps du parasite. Dans aucun parasite on n'a encore trouvé de cœur, ni aucun organe qui puisse pourvoir à une circulation à part et isolée de la grande circulation de l'autosite. La vie du parasite se borne aux fonctions végétatives du dernier ordre. On a souvent trouvé des cheveux d'une largeur considérable, des dents très-développées, de la matière graisseuse en grande quantité ; et ces faits s'expliquent facilement par le peu de vitalité qu'ils exigent pour leur formation. Le parasite peut exister ainsi pendant de longues années après la naissance de son frère, qui souvent ne se doute pas même qu'il porte avec lui deux existences.

» Il est bon de remarquer ici que le parasite, primitivement destiné par la nature à devenir homme, existe ici comme un squirrhe ou un lipome, et que l'analogie nous autorise jusqu'à un certain point à regarder ces tumeurs comme ayant une manière d'être propre et individuelle, et vivant à part aux dépens de l'organisme. Mais quittons cette idée et rentrons dans la voie de l'observation et de la pratique.

» Le parasite peut quelquefois mourir, l'autosite persistant à vivre : quand nous disons mourir nous ne prenons pas ce mot dans l'acception ordinaire qu'on lui donne. Le parasite ne vit que d'une vie purement végétative, et il meurt comme meurt, par exemple, un lambeau de tissu cellulaire ou graisseux. Cette mort entraîne une réaction de la part des organes circonvoisins de l'autosite ; une inflammation surgit, un travail éliminatoire s'établit, travail qui compromet la santé de l'autosite et auquel il peut même succomber par suite de l'intensité et de l'étendue de la réaction : nous reviendrons tout à l'heure sur ce sujet.

» Passons actuellement au germe spécial, à celui qui a pris sur le second une prédominance si marquée dans l'espèce de lutte que nous avons signalée tout à l'heure. Il éprouve aussi, lui, quelque gêne dans son développement ; son organisation en souffre plus ou moins ; et quand il naît on ne tarde pas à apercevoir quelque trouble dans les fonctions de son économie. Il n'est jamais monstrueux ; mais il est toujours affecté dans la partie qu'occupe le parasite, d'une conformation plus ou moins vicieuse qu'il est quelquefois très-difficile d'apprécier. La présence du parasite n'exclut pas toujours, à beaucoup près, la viabilité de l'autosite, mais elle le dispose à diverses maladies plus ou moins graves suivant le siége et le degré de développement du parasite.

» M. Geoffroy-Saint-Hilaire divise les monstruosités par inclusion en externes et en internes, nous suivrons la même marche pour l'histoire des tumeurs qui en résultent. Nous rangerons dans la première classe les tumeurs qui siégent dans la peau ou plus profondément, soit immédiatement sous la peau, soit dans les couches celluleuses ou même musculaires qui doublent le tégument externe ; et, dans la seconde classe, celles qui ont leur siége dans les viscères. Les premières rentrent complétement dans le domaine de la chirurgie, tandis que les secondes, au contraire, appartiennent de toute évidence à la pathologie interne. Les tumeurs, soit internes, soit externes, dont nous nous occupons actuellement, nous présentent toujours deux caractères constants, invariables. 1° Elles sont toujours congénitales. Il n'est, en effet, dans les annales de la science, aucune observation bien constatée qui nous prouve que les tumeurs contenant des débris de fœtus puissent se développer spontanément pendant la vie extra-utérine de l'individu qui les porte. Ce caractère est constant, mais il n'est pas toujours de grande utilité pour le diagnostic, car il arrive très-

souvent que le malade ne peut affirmer s'il a apporté cette tumeur en naissant ; ce qui a lieu surtout dans les cas d'inclusion interne. 2° Le second caractère, plus concluant et véritablement pathognomonique, consiste dans l'expulsion au dehors des matières contenues dans la tumeur. Nous avons déjà dit que ces matières sont des débris du fœtus : ce sont alors des os, des cartilages, de la matière cérébrale, des dents, des cheveux, etc., etc. Il est certain que si ces éléments sont arrangés de telle sorte qu'ils rappellent exactement la structure du corps humain, il sera impossible de les méconnaître, et personne en les voyant ne contestera la présence d'un fœtus dans la tumeur. Mais si ces mêmes éléments isolés, sans harmonie aucune, au nombre d'un seul ou de quelques-uns tout au plus, se présentent dans une tumeur, pourront-ils nous autoriser à déclarer que cette tumeur contient des débris de fœtus ? Assurément non. Eh ! ne savons-nous pas qu'il est certains états pathologiques des organes, dans lesquels peuvent se développer des dents, des os, des cheveux, de la matière encéphaloïde? Morgagni a trouvé dans la tente du cervelet un kyste rempli de graisse et de cheveux. Barnes nous fait l'histoire d'un autre kyste contenant une dent, et qui siégeait dans l'orbite. Étaient-ce donc là des débris de fœtus? Qui voudrait le supposer? Personne, je pense, ne reprochera à M. Geoffroy-Saint-Hilaire de ne vouloir pas les considérer comme tels. Mais si des produits morbides peuvent ressembler à des débris de fœtus, comment, dans un cas douteux, les distinguer l'un de l'autre? Par les commémoratifs, répondra-t-on peut-être; mais si les commémoratifs manquent? Voilà le point difficile du diagnostic ; c'est là que se trouve l'embarras dont il est souvent impossible de se tirer. Toutefois il y a des cas qui donnent pour le diagnostic des indications plus précises : tel est, par exemple, celui que nous venons d'observer dans la clinique de M. Velpeau ; mais ce cas est unique dans les fastes de la science : ce qui peut expliquer pourquoi un diagnostic semblable à celui du célèbre professeur de la Charité, n'a jamais été porté depuis l'existence de l'art.

» Mais passons à la première classe des tumeurs qui contiennent des débris de fœtus, c'est-à-dire aux tumeurs externes.

» Parmi quarante observations de monstruosité par inclusion, dix-neuf appartiennent à cette catégorie ; mais remarquons bien que ces quarante observations dont nous parlons sont choisies dans une foule d'autres qui n'offrent ni assez de précision, ni assez de garantie d'authenticité.

» De ces dix-neuf tumeurs externes, l'une était placée au cou (1), une autre à l'épigastre (2), une troisième au pubis (3), onze au sacrum et cinq au scrotum ; d'où il résulte que les tumeurs du sacrum et du scrotum sont évidemment les plus fréquentes. Les tumeurs du sacrum occupaient, soit la région sacrée, soit la région sacro-périnéale. La plupart étaient morbides : elles étaient riches en vaisseaux sanguins, fluctuantes ; quelques-unes même laissaient sentir des corps durs placés dans leur intérieur : elles descendaient quelquefois jusqu'aux genoux et même au-dessous. Une ponction pratiquée sur elles en laissait échapper une grande quantité de liquide. Il est à regretter que l'on ait souvent négligé d'étudier la disposition anatomique des parties voisines. Dans un cas, l'anus était imperforé (Wedemeyer) (4). Dans d'autres, l'anus et les parties génitales se trouvaient refoulés en avant (Huxham) (5). Un autre (6) présentait une division de la colonne vertébrale et l'absence de la queue de cheval. Dans un autre, les membres inférieurs avaient souffert dans leur développement, etc., etc. Ces observations ont toujours été faites sur des nouveau-nés. On a pu les confondre avec des lipomes, des hydrorachis, etc. La plupart des enfants succombèrent peu de temps après la naissance.

(1) Daubenton, Histoire naturelle de Buffon, vol. XIV, p. 381.

(2) Gaither, Medical repository of New-York, 1816.

(3) Histoire de l'Acad. des sciences, 1746, p. 41.

(4) Journal de Græfe, vol. IX, p. 114.

(5) Philosoph. transact., vol. XXXXV, p. 17, 48.

(6) Himly, Geschichte des Fœtus in Fœtus, Hanover, 1831.

» Quoique l'art ait eu plus de succès contre les tumeurs scrotales, nos connaissances sur ces tumeurs ne sont pas néanmoins beaucoup plus avancées. Leur siége précis et leurs rapports avec le testicule n'ont pas été bien indiqués, et nous ne savons pas au juste si elles se trouvent le plus souvent dans les enveloppes externes des bourses, ou si elles sont contenues dans ces parties qui descendent de l'abdomen. L'observation de M. Velpeau est la première de ce genre qui nous prouve jusqu'à l'évidence que la tumeur peut être sous-cutanée et n'avoir aucun rapport de connexion avec le testicule. Dans le cas rapporté par Wendt (1), la tumeur paraissait siéger entre les deux tuniques vaginales. Le cas recueilli à la Charité est un exemple de ces tumeurs restées stationnaires, et n'ayant, jusqu'à l'âge de vingt et un ans de l'individu, révélé sa nature par aucun symptôme fâcheux; mais malheureusement il n'en est pas toujours ainsi pour ces anomalies, quelquefois la tumeur croît et provoque une violente réaction de la part des organes qui l'entourent, réaction qui met la vie du sujet en un danger plus ou moins grand, plus ou moins prochain. Le cas cité par Wendt appartient à cette classe; il n'est donc alors aucun moyen de guérison que dans l'extirpation de la tumeur, qu'il faut faire le plus promptement possible.

» En parlant des tumeurs scrotales renfermant des débris de fœtus, nous ne pouvons passer sous silence, mais seulement à titre de curiosité, l'opinion que Duverney avait émise en 1666, à l'Académie des sciences, sur la formation des tumeurs dont nous parlons; ce chirurgien pense qu'il peut se trouver dans le scrotum des masses polypeuses auxquelles le hasard ou des circonstances inconnues pourraient donner une fausse apparence de fœtus. »

Ollivier a tracé dans les cinq paragraphes suivants les différences essentielles qui existent entre les inclusions internes et les externes :

« 1° Le fœtus contenant est généralement bien conformé, de même que dans l'inclusion abdominale; car, à l'exception des sujets décrits par Fattori (obs. VII) et par Wedemeyer (obs. XVI), chez tous les autres les organes étaient régulièrement développés. Cette monstruosité n'a pas encore été rencontrée dans un cas de jumeaux. J'ai déjà fait la même remarque pour l'inclusion profonde.

» 2° La monstruosité par inclusion extérieure ou cutanée paraît exister indifféremment sur les fœtus mâles ou femelles; néanmoins, d'après les exemples qui précèdent, on pourrait penser qu'elle est plus commune chez les premiers que chez les seconds, et que cette différence dépend de l'organisation propre au sexe masculin.

» 3° Nous avons vu que, dans l'inclusion profonde, l'abdomen est constamment la cavité qui recèle les débris organiques; dans l'inclusion extérieure, le sac cutané qui les renferme est aussi toujours en rapport avec les parois de cette même cavité et jusqu'à présent l'on n'a rien observé de semblable sur les parois du thorax ou du crâne. En second lieu, la poche cutanée est formée par un prolongement de la peau du fœtus; mais elle est quelquefois formée par le scrotum lui-même, dans lequel les débris organiques paraissent avoir été entraînés par l'un des testicules : en sorte que cette inclusion scrotale a, pour ainsi dire, succédé à une inclusion abdominale.

» 4° La cavité du sac cutané, qui enveloppe les débris du fœtus, est toujours complétement isolée, et sans aucune communication avec la cavité ventrale; elle renferme ordinairement un liquide limpide au milieu duquel la production fœtale est plongée, et dont la quantité est quelquefois tellement abondante que le volume de la tumeur périnéale est un obstacle à l'accouchement (obs. XIV, XV). Dans l'inclusion abdominale, le kyste fœtal renferme un liquide semblable. Les parois de la tumeur sont formées extérieurement par la peau du fœtus enveloppant, et doublées intérieurement par une membrane lisse, transparente, très-analogue aux membranes séreuses.

» 5° La structure des débris organiques contenus dans la tumeur périnéale,

(1) Bulletin des sciences médic., vol. XV, p. 21.

offre généralement plus d'imperfection et d'irrégularité que celle des fœtus décrits dans l'inclusion ventrale ; et je ne pourrais que répéter à ce sujet ce que j'ai dit à l'occasion de ces derniers. Je ferai seulement observer que les connexions vasculaires qui unissent ici le fœtus inclus au fœtus qui l'enveloppe, ne sont pas toujours, comme dans l'inclusion ventrale, produites par un développement accidentel de vaisseaux dans la partie où s'opère primitivement l'adhérence ; l'appareil circulatoire est commun à l'un et à l'autre individu, et prouve que leur développement, quoique très-différent, a dû cependant s'opérer à peu près dès la même époque et simultanément. »

Ces faits étant posés, voici comment Ollivier expose la théorie d'après laquelle il les explique :

« L'explication que j'ai donnée du mode de formation de la monstruosité particulière abdominale, peut, jusqu'à un certain point, s'appliquer aux cas d'inclusion cutanée, où le scrotum renferme les débris organiques. En effet, on sait que l'ovule, en pénétrant dans l'abdomen de l'embryon auquel il adhère, est attiré directement par le gros intestin contre la paroi postérieure de cette cavité. Or, jusqu'au milieu du troisième mois, les testicules, dont le volume est alors très-considérable relativement à celui de l'embryon tout entier, occupent encore toute l'étendue de cette paroi postérieure, remplissant, de chaque côté du rachis, l'espace compris entre le rein et la vessie et uni au péritoine par un repli assez lâche. On peut concevoir, d'après cette disposition, comment l'ovule, qui est entraîné dans la région occupée par les testicules, peut contracter des adhérences avec l'un ou l'autre, suivre le déplacement progressif de ces organes, franchir avec eux l'anneau inguinal, et descendre dans le scrotum. Cette opinion a d'autant plus de vraisemblance que, dans le cas d'inclusion scrotale où l'on a pu examiner le siége précis occupé par les débris organiques, on a vu qu'ils étaient développés au milieu du testicule (obs. IX) ; et dans l'exemple observé par M. Prochaska la tumeur occupait primitivement la région inguinale, et ne s'étendit que plus tard dans le scrotum (obs. VIII).

» La théorie que je propose ici me paraît fondée, mais elle n'est applicable qu'à cette espèce d'inclusion cutanée qu'on peut nommer scrotale, et nullement aux autres cas d'inclusion extérieure, dans lesquels les débris organiques n'ont aucune espèce de rapport avec l'appareil génital du fœtus qui les enveloppe : elle ne peut pas expliquer davantage pourquoi le sac cutané occupe constamment la région périnéale, et je ne vois rien dans l'embryogénie qui puisse indiquer la cause de cette singulière disposition ; sans doute de nouveaux faits pourront jeter quelque lumière sur ce phénomène, mais jusque-là on doit se borner à le signaler, sans multiplier par avance les hypothèses, pour en donner une explication plus ou moins plausible. »

Traitement. Les tumeurs fœtales ne réclament évidemment de traitement que lorsqu'elles incommodent assez celui qui les porte pour constituer une véritable maladie. Lorsqu'il en est ainsi et que le diagnostic a pu être établi d'une manière positive, l'extirpation est le seul moyen à mettre en usage. M. Velpeau dit à ce sujet :

« Quand de telles productions forment une tumeur et que le malade en souffre ou que les fonctions de l'organe paraissent en être perverties, la question de leur extirpation peut être discutée. S'il s'agit d'un kyste contenant des poils, des dents, quelques portions flottantes, on le fend pour le vider, on en cautérise l'intérieur, ou bien on l'excise, et l'opération n'a rien de particulier. Mais si la tumeur ne semble faire qu'un avec le testicule, comme j'en ai rencontré un exemple remarquable, l'opération devient beaucoup plus sérieuse. Si la castration est seule proposable, on ne doit y recourir qu'autant que la tumeur constituerait une véritable maladie.

» Dans l'exemple qui m'est propre, la tumeur offrait le volume du poing. (C'est l'observation que nous avons rapportée.)

» Je pus la disséquer, la détacher du testicule auquel elle tenait par toute sa moitié interne, et l'enlever en conservant la masse glanduleuse de cet organe. Il ne survint rien de sérieux du côté de la plaie, mais, du douzième au quinzième jour, des symptômes d'infection purulente, de pleurésie et de pneumonie métastatiques éclatèrent de manière à amener la mort au bout de trois semaines. » (*Loco cit.*)

ARTICLE XXVI.

Cancer du scrotum ou cancer des ramoneurs. Végétations du scrotum.

Le cancer des ramoneurs est encore une de ces maladies qui, de même que le testicule syphilitique dit d'Astley Cooper, a été admise sur la foi de quelques rares observateurs, sans qu'on se soit beaucoup donné la peine de vérifier leurs observations. Pott avait déjà écrit quelques lignes sur cette affection et lui avait donné le nom qu'elle porte, lorsque Earle en fit le sujet d'un assez long mémoire inséré dans les *Medico-chirurgical Transact.*, t. XII, part. II, p. 296. Malheureusement les observations consignées dans ce mémoire sont tellement incomplètes qu'il est vraiment impossible de s'en servir pour juger la partie dogmatique du travail, et qu'on se trouve forcé de suspendre son jugement. Les auteurs qui sont venus après Earle n'ont fait que reproduire cette partie dogmatique, sans rien ajouter à la partie essentielle, c'est-à-dire à la partie d'observation. Astley Cooper, qui est ordinairement assez prodigue d'observations, s'abstient, à propos de cette maladie, d'en rapporter aucune, et se borne à en dire ce qui suit :

« J'ai toujours regardé cette maladie comme une des plus curieuses auxquelles le corps de l'homme soit exposé.

» Le malheureux qui est destiné à l'état de ramoneur non-seulement est exposé dans son enfance à tous les dangers qui résultent de la nécessité où il est de monter à des hauteurs considérables ; non-seulement il est soumis, durant sa jeunesse, aux traitements les plus cruels, aux privations les plus dures, et, durant l'âge adulte, demeure comme étranger au reste de la société, mais encore il est sujet à une maladie qui est le résultat du travail dégoûtant auquel il se livre.

» La suie, au contact de laquelle sont constamment exposés les ramoneurs, se logeant dans les rides de la peau, dans les points où l'épiderme est le plus mince et où la peau est riche en vaisseaux, détermine chez beaucoup de ces individus une irritation suivie d'ulcérations. Cette dernière offre avec le cancer une ressemblance telle qu'on lui a donné le même nom ; et assurément cette ulcération présente, dans plusieurs de ses caractères, une frappante analogie avec le cancer de la lèvre.

» Je n'ai rencontré cette maladie que dans deux endroits du corps, au scrotum et à la joue. Dans la première de ces régions elle est très-fréquente, dans l'autre je n'en ai rencontré que deux exemples. Le premier cas, dans lequel l'ulcération siégeait au centre de la joue, s'est présenté chez un vieillard dont le visage était ridé par l'âge, et, par conséquent, dans des conditions propres à lui permettre de retenir une certaine quantité de suie. Celle-ci détermina une irritation de la peau, et y produisit des fissures jusqu'à l'époque où se développèrent les symptômes que je vais décrire. Dans le deuxième cas, la maladie commença sur la joue, près de la commissure, d'où elle se prolongea aux deux lèvres. M. Keatt m'a dit avoir observé aussi un cas dans lequel la maladie siégeait à la joue.

» Le premier symptôme de cette maladie est une verrue sur le scrotum, qui paraît fendillée à sa surface ; sur cette verrue se forme une croûte qui bientôt la recouvre entièrement. Si la croûte est grattée ou enlevée, les papilles existant à la surface de la verrue apparaissent animées, rouges, fendillées, et laissent échapper un liquide séreux, peu épais. Une nouvelle croûte se forme sur la verrue et y reste jusqu'à ce qu'elle en soit enlevée, soit accidentellement, soit par le progrès de l'ulcération. Alors il se développe à la surface malade une vascularité très-abondante, et il s'écoule une

sérosité sanguinolente. Cependant il reste toujours une croûte, jusqu'à ce qu'enfin il se soit formé au-dessous d'elle une ulcération étendue. Si l'on examine l'ulcère avec soin, il paraît résistant, ses bords sont endurcis et renversés, sa surface est inégalement injectée, de telle sorte que dans quelques points elle est jaune, et dans d'autres rouge et vasculaire. Il s'en échappe une sérosité sanguinolente, dont l'odeur est souvent très-fétide; cependant quelquefois la matière qui se forme offre les caractères du pus.

» Au début, on éprouve moins une douleur véritable qu'une démangeaison incommode ; mais, par les progrès de la maladie, la douleur devient lancinante, semblable à celle qui est produite par un pincement, accompagnée de chaleur locale, de même que dans les affections de la même nature des autres parties du corps ; l'ulcération envahit peu à peu la tunique vaginale, qui devient le siége d'une induration morbide et atteint la surface du testicule. Lorsque l'ulcération a pris beaucoup d'étendue, les ganglions de l'aine commencent à s'engorger ; un d'eux ou plusieurs deviennent durs et tuméfiés ; ils s'enflamment, ils s'ouvrent sous l'influence des cataplasmes et des fomentations, et fournissent une sérosité sanguinolente mêlée de pus.

» L'ulcération a une marche lente dans ces ganglions; la surface de l'ulcère est endurcie, ses bords sont renversés, elle laisse échapper de quelques points de sa surface de la sérosité, et de quelques autres une matière grumeleuse ou sanie blanchâtre.

» Enfin, tantôt l'ulcération creuse dans l'aine une excavation profonde, tantôt elle s'étend largement en surface. Dans le premier cas les vaisseaux fémoraux ou quelques-unes de leurs grosses divisions sont dénudés et ulcérés, de sorte que la mort peut être causée subitement par une hémorrhagie foudroyante. Dans le second, le malade est lentement épuisé par la fièvre, l'insomnie et la suppuration. Dans quelques cas, le scrotum est presque complétement détruit par l'ulcération progressive. Après l'extirpation de la partie malade, la dissection y fait reconnaître les dispositions suivantes : la partie la moins profonde du tissu cellulaire qui avoisine l'ulcération est remplie d'une matière squirrheuse blanche, très-peu vasculaire, dont la surface de section présente un aspect très-analogue à celui de la surface de section du cancer de la lèvre. Les ganglions inguinaux ont perdu leur aspect normal ; ils sont tuméfiés et endurcis, contiennent une matière solide dans quelques points, molle, blanche et grumeleuse dans d'autres ; ils se montrent extrêmement vasculaires dans certains endroits ; dans d'autres, complétement dépourvus de vaisseaux. D'après le nombre des individus qui exercent le métier de ramoneur, et la rareté comparative des cas de ce genre, il semble qu'il doive exister quelque condition générale ou locale qui dispose à cette maladie : je suis disposé à penser qu'elle dépend beaucoup plus de conditions locales que d'une disposition constitutionnelle. En effet, les sujets qui en sont atteints paraissent jouir d'une très-bonne santé au début de l'affection ; ce n'est que plus tard qu'ils perdent cette santé par suite des progrès de la maladie. Quelques-uns d'entre eux, il est vrai, se font remarquer par leur intempérance, ce qui les rend extrêmement irritables. Mais je pense que la finesse de l'épiderme et la sensibilité de la peau permettent à la suie d'y produire une inflammation de nature spécifique, et d'y déterminer l'épanchement d'une matière particulière, et que l'inflammation, une fois produite, se propage par simple continuité de tissu et par l'irritation des ganglions absorbants.

» La médecine est impuissante contre cette affection, au moins les moyens dont j'ai fait l'essai sont restés sans résultat. Toutes les applications locales faites dans l'intention d'obtenir directement la guérison sont inefficaces. Il n'existe que deux modes de traitement, la destruction des tissus malades par la cautérisation, ou leur extirpation par l'instrument tranchant.

» On étend en couche épaisse sur de la charpie et l'on applique sur l'ulcère un mélange composé d'une drachme d'oxyde d'arsenic, incorporé dans une

once de cérat au blanc de baleine. On retire ce topique au bout de douze heures et on le remplace par un cataplasme. L'arsenic produit une eschare qui se sépare en peu de jours, et laisse à nu une surface saine.

» Si une partie de l'ancienne surface cancéreuse paraît exister encore, on doit faire une nouvelle application de l'arsenic jusqu'à ce qu'on ait obtenu une surface entièrement ravivée.

» Si les ganglions sont tuméfiés et durs, l'application faite sur eux ne peut qu'aggraver leur état, on ne doit point y recourir.

» Lorsqu'on se décide à enlever la maladie par le fer, l'opération se réduit à une simple dissection. Les ganglions inguinaux tuméfiés ne doivent pas toujours être enlevés par l'instrument tranchant ; quelquefois, en effet, leur engorgement n'est qu'un simple résultat de l'irritation. Comme l'incision d'une partie du scrotum est peu douloureuse, de prompte exécution et sans danger, on peut offrir au malade cette chance de guérison.

» Dans les cas où la tunique vaginale participe à la maladie, il faut apporter beaucoup de soin dans son excision, afin d'éviter de blesser le testicule. Après l'ablation de la portion malade du scrotum, le sang qui s'écoule des vaisseaux, même de ceux qui sont d'un petit calibre, donne lieu souvent à une hémorrhagie abondante, qu'il est difficile d'arrêter par la compression : il est utile, par conséquent, de lier tout petit vaisseau qui donne beaucoup de sang, de ne point panser la plaie tout de suite et de ne point se hâter de placer le malade dans son lit.

» Il faut maintenir les parties dans un état de refroidissement et faire garder au malade le décubitus dorsal ; ces moyens sont propres à favoriser la contraction des vaisseaux. Quand l'hémorrhagie a cessé, il faut tenir les bords de la plaie rapprochés par des points de suture. » (A. Cooper, *loco cit.*)

M. Roux, qui s'est tant étendu, dans son article Sarcocèle, sur le cancer du testicule, ne consacre que les lignes suivantes à celui du scrotum, ce qui semblerait prouver qu'il n'a guère eu l'occasion de l'observer et que ses idées sont loin d'être fixées à cet égard.

« Le sarcocèle du scrotum n'a guère été observé jusqu'ici qu'en Angleterre. Presque particulier à cette contrée, et ne se montrant ordinairement que sur des individus soumis tous à l'influence des mêmes causes, il paraît tenir à l'action particulière qu'exerce sur la peau des bourses la suie du charbon de terre, action favorisée sans doute par la négligence de tout soin de propreté. D'après ce que dit Pott, la maladie commence à la partie inférieure du scrotum, où elle produit un ulcère superficiel, douloureux, à bords durs et dentelés, qui présente un mauvais aspect, les ramoneurs l'appellent le poireau de la suie. On ne l'a jamais vu avant l'âge de la puberté ; c'est à cause de cela sans doute qu'il est pris communément pour un ulcère vénérien, et traité en conséquence de cette opinion par les mercuriaux. Le mal s'irrite promptement et devient très-mauvais ; en peu de temps il détruit la peau, le dartos, toutes les membranes du scrotum, et attaque le testicule, qui s'altère véritablement et devient gros et dur ; de là il s'étend en haut le long du trajet des vaisseaux spermatiques et jusque dans la cavité du ventre en dévastant souvent les glandes inguinales, et en occasionnant leur induration ; enfin, lorsqu'il est parvenu jusque dans l'abdomen, il attaque quelques-uns des viscères et fait promptement périr le malade au milieu des plus cruelles douleurs. » (*Loco cit.*)

M. Curling fait remarquer que l'excroissance qui constitue l'origine du cancer des ramoneurs consiste dans un développement anormal des papilles muqueuses, et qu'elle ressemble sous beaucoup de rapports aux végétations qui se développent sur le gland et le prépuce ; ce qui veut dire aux végétations syphilitiques. Il rapporte ensuite un cas dans lequel ces végétations s'étaient recouvertes d'une série de couches croûteuses, dures, cornées, lesquelles avaient donné lieu par leur accumulation à une sorte de corne de plus de deux pouces de long.

En considérant la ressemblance qu'il y a entre l'excroissance du cancer scro-

tal et les végétatians syphilitiques, le peu de ressemblance au contraire entre cette excroissance et l'engorgement qui forme le début du cancer dans les autres parties ; en considérant encore le défaut de tendance à la récidive de cette espèce de cancer, l'absence de productions cancéreuses sur d'autres parties du corps, on est déjà fort ébranlé sur la prétendue nature cancéreuse de la maladie des ramoneurs. D'autres raisons doivent faire rejeter entièrement cette opinion. Tous les auteurs qui ont écrit jusqu'à présent sur cette maladie tombent d'accord qu'il faut l'attribuer à l'action de la suie ; or, comme d'un autre côté l'Angleterre est à peu près le seul pays où on l'ait observée, comment admettre que la suie qui aurait, dans la Grande-Bretagne, la triste propriété de produire le cancer, ne l'aurait plus ni en France, ni en Amérique, ni même en Écosse, ou M. Brussell dit ne l'avoir observé qu'un très-petit nombre de fois? Comment admettre encore que la suie aurait la propriété de provoquer le développement du cancer seulement au scrotum et non sur d'autres parties où elle agit tout autant? Ce sont là, de toute évidence, des improbabilités qui équivalent quasi à une impossibilité. Ne serait-il pas plus rationnel que l'on appelât ici simplement excroissances, végétations, squammes, ce qui a été appelé ailleurs cancer des ramoneurs? C'est là au moins l'opinion de M. de Castelnau (*Considérations sur les végét. du pénis*, *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*). Une dernière raison qui corrobore cette opinion, c'est que les auteurs qui ont décrit ce cancer des ramoneurs ont également remarqué une grande analogie entre le cancer et certains cancers des lèvres. Or, il semble hors de doute maintenant, que la plupart de ces cancers des lèvres ne sont autre chose que des tumeurs épidermiques (voyez, *Bulletin de la société anatomique pour l'année* 1844-45, et l'ouvrage de M. Lebert sur la *Microscopie pathologique.*).

Traitement. Tous les auteurs ont constaté le peu d'efficacité des topiques et des remèdes internes contre le cancer des ramoneurs ; il faudra donc recourir dans tous les cas à l'ablation. Cette opération ne présente ici rien de particulier, et il serait inutile d'insister sur les préceptes qui ont déjà été indiqués à propos d'autres affections. Nous ferons seulement remarquer que l'engorgement des ganglions inguinaux ne saurait être dans cette maladie une contre-indication à l'opération, puisque même dans ces cas elle n'a aucune tendance à récidiver. C'est surtout à cause de cette circonstance, qu'il est important qu'on ne se fasse pas une opinion erronée sur la nature du prétendu cancer des ramoneurs, et c'est pour cela que nous nous sommes efforcé de démontrer que cette nature n'était point la même que celle des cancers, laquelle, outre tous les caractères sur lesquels nous avons longuement insisté en parlant du cancer testiculaire, se distingue surtout par la production de deux tissus accidentels, le squirrhe et l'encéphaloïde. Dans le cancer des ramoneurs on n'a observé ni l'un ni l'autre de ces tissus, mais seulement une matière blanchâtre qui selon toutes les probabilités n'est qu'une accumulation de mucus, de muco-pus et de lamelles épidermiques.

ARTICLE XXVII.

Diagnostic différentiel des tumeurs des bourses.

On a vu que la plupart des maladies que nous avons décrites, soit qu'elles eussent leur siége dans les testicules, ou dans les parties environnantes, consistaient dans des tumeurs plus ou moins volumineuses, de forme et de caractères divers. La comparaison de ces diverses tumeurs dans leur ensemble est donc d'une importance majeure pour le diagnostic des maladies des bourses. M. Vidal, qui a le premier consacré un chapitre spécial à cette comparaison générale, s'exprime en ces termes :

« Les tumeurs des bourses doivent d'abord être divisées en deux grandes classes : elles sont *réductibles* ou non *réductibles.*

» a. *Tumeurs réductibles.* Ce sont les hernies, l'hydrocèle congénitale, l'hydrocèle par infiltration du cordon, le varicocèle. Pour distinguer ces espèces, il faut observer comment ces tumeurs ren-

trent dans l'abdomen et comment elles ressortent et se reproduisent.

» 1° *Rentrée, réduction.* Toutes les tumeurs rentrent plus facilement quand le malade est couché, quand les muscles de l'abdomen sont dans le relâchement. Cette position est cependant plus favorable à la rentrée de la hernie. La rentrée de cette tumeur, une fois commencée, s'achève ordinairement avec rapidité ; les autres tumeurs, surtout le varicocèle, l'hydrocèle par infiltration, se font beaucoup plus lentement. Sauf complication, la rentrée de la hernie est complète ; celle de l'hydrocèle congénitale aussi. Quant aux autres tumeurs, on ne les fait pas rentrer, on les réduit, ce qui est différent. En effet, on fait rentrer dans une cavité une matière, un corps qui en est sorti ; mais ce qui constitue l'hydrocèle par infiltration, et le varicocèle, ne vient pas tout du ventre ; ces tumeurs donc ne peuvent être que réduites : on diminue leur volume ; quelquefois on ne change que leur forme.

» La hernie et l'hydrocèle ayant un grand caractère commun, savoir, leur rentrée complète, on les distinguera par la transparence qui s'observera dans l'hydrocèle, tandis qu'on ne la trouvera pas dans la hernie.

» *Sortie, reproduction.* Si le dernier caractère manquait, on aurait recours au mode de développement ; il se fait de bas en haut dans l'hydrocèle, c'est en sens contraire pour la hernie. La hernie ne ressort que quand le malade se lève ou se livre à quelque mouvement énergique. Sa sortie comme sa rentrée s'opère plus rapidement que dans les autres tumeurs. Le liquide des hydrocèles en question ressort malgré la position horizontale. Le varicocèle, sous ce point de vue, pourrait être confondu avec la hernie, car il se reproduit surtout quand le malade se lève. Mais, comme le varicocèle ne sort point de l'abdomen et qu'il ne fait que se reproduire quand le malade est debout, si on bouche avec un doigt l'ouverture inguinale ou si on comprime le canal inguinal, on favorise la reproduction du varicocèle, tandis que cette même pression empêche la sortie de la hernie.

» *Tumeurs irréductibles.* Ces tumeurs sont humorales ou solides. Pour classer leurs caractères distinctifs, il faut examiner leur poids, leur transparence, leur fluctuation, leur forme, leurs rapports avec le testicule, leur volume, leur consistance, les douleurs dont elles sont le siége.

» 1° *Poids.* Les tumeurs humorales sont les plus légères, par exemple l'hydrocèle. L'hématocèle a une pesanteur plus considérable, mais jamais ces tumeurs n'ont eu le poids de celles qu'on confondait autrefois sous le nom de sarcocèle.

» 2° *Transparence.* C'est le caractère distinctif de l'hydrocèle ; on le constate surtout dans l'hydrocèle vaginale. Cela est plus difficile pour l'hydrocèle enkystée du cordon, et impossible pour l'hydrocèle par infiltration de ce même cordon. Ce caractère avec le précédent distingue donc l'hydrocèle de l'hématocèle.

3° *Fluctuation.* Elle n'a lieu qu'au commencement de l'hydrocèle ; car quand le kyste est fortement tendu, le liquide qu'il contient ne peut être ballotté. La fluctuation est surtout remarquable dans les cas de kystes du testicule et quand les tubercules agglomérés sont fondus et vont être évacués.

» 4° *Rapport du testicule avec la tumeur.* Le testicule participe souvent à la formation de la tumeur et se trouve plus ou moins confondu avec les tissus malades, mais dans les lésions isolées de l'épididyme et du cordon, surtout dans celles-ci, on le sent distinctement et on le distingue à sa mollesse particulière et à la douleur spéciale produite par la compression exercée sur lui. C'est la position du testicule en bas de la tumeur qui fait distinguer l'hydrocèle enkystée du cordon de l'hydrocèle de la tunique vaginale, qui offre le testicule en arrière et un peu en dehors. Dans la première hydrocèle, on peut toucher le testicule par tous ses points ; la seconde hydrocèle ne permet guère de toucher le testicule que sur le point indiqué plus haut.

5° *Forme.* Celle de l'hydrocèle est plus constante. C'est celle d'une poire dont le sommet est en haut. L'hématocèle a une forme bien moins régulière, bien moins

constante. La forme de l'encéphaloïde, à une certaine période, est comme celle de l'hydrocèle; mais la première tumeur est d'abord dure et se ramollit ensuite, c'est le contraire pour l'autre.

» 6° *Nombre*. Le nombre des tumeurs fait distinguer le squirrhe du testicule, qui n'est que d'un côté, tandis que l'engorgement vénérien est des deux côtés. Ajoutez les douleurs lancinantes pour le squirrhe, les douleurs nocturnes pour le testicule vénérien. Mais puisque celui-ci occupe ordinairement les deux organes, il pourrait être confondu avec le testicule tuberculeux; on remarquera alors que celui-ci présente des masses dures, mêlées à de la substance du testicule. La mollesse connue de cette substance, la douleur caractéristique que fait naître la compression lèvent les premiers doutes, et bientôt de petits abcès, des points fistuleux ne permettront plus de confondre le testicule tuberculeux avec les autres tumeurs chroniques du testicule.

» 7° *Volume*. Le cancer encéphaloïde forme les tumeurs solides les plus volumineuses. Sous ce point de vue, il ne pourrait être confondu qu'avec l'éléphantiasis des bourses; mais d'abord celui-ci se développe moins rapidement et devient beaucoup plus volumineux que le cancer en question, avant même d'altérer la constitution, tandis que ce même encéphaloïde porte rapidement une atteinte profonde à l'économie. Il est d'ailleurs presque toujours répété sur un autre point de l'organisme, tandis que l'éléphantiasis est borné à cette région; il ne paraît avoir qu'un germe, à la vérité très-envahissant, tandis que l'encéphaloïde semble semé à peu près partout dans l'économie.

» 8° *Consistance*. Pour la consistance, on peut ainsi classer les tumeurs : 1° osseuses; 2° fibreuses; 3° cancéreuses (1er degré); 4° vénériennes; 5° les hydrocèles à leur période avancée; 6° les hernies non étranglées; 7° l'hydrocèle par infiltration; 8° le varicocèle. Mais il est des tumeurs d'une consistance inégale. L'engorgement tuberculeux, selon sa période, formera une tumeur très-dure ou très-molle. Ainsi, l'encéphaloïde est d'abord très-dur, puis il devient très-mou. Il en est de même du squirrhe; seulement le ramollissement, dans cette dernière forme du cancer, apparaît très-tard et marche beaucoup moins rapidement.

» 9° *Douleur*. Lancinante pour le squirrhe; nocturne pour le testicule vénérien. Dans le plus grand nombre des cas, excepté quand il y a complication, les tumeurs chroniques des bourses ne sont pas très-douloureuses, c'est une gêne, un poids, une constriction beaucoup plus souvent qu'une vraie douleur. Quand il y a douleur, elle est généralement augmentée par la pression.

» Au point de vue de la sensibilité, la tumeur la plus remarquable est celle qui est produite par des débris de fœtus. Cette tumeur n'est pas même sensible aux piqûres faites par la pointe du bistouri. » (*Traité de path. ext.*, t. v, p. 715.)

Le cadre de ce diagnostic différentiel étant parfaitement conçu, nous ne ferons qu'y ajouter quelques caractères qui le rendront plus complet.

Le diagnostic des tumeurs réductibles tel qu'il vient d'être fait ne laisse rien à désirer; ce que nous allons dire ne s'applique donc qu'aux tumeurs irréductibles.

Poids. Les hernies n'étant pas toujours réductibles, ne peuvent dans tous les cas être distinguées par ce caractère; le poids est alors un signe précieux qui permet de les distinguer de toutes les tumeurs solides ou liquides; ce poids est en effet beaucoup moins considérable que dans ces tumeurs, puisque la hernie contient presque constamment des gaz. Nous devons ajouter que la percussion devra être pratiquée, et qu'elle fournira également un caractère décisif; on ne pourra plus confondre alors la hernie irréductible qu'avec un pneumatocèle, maladie font rare, et qui en outre laisse le cordon normal au moins à la partie supérieure, tandis que dans la hernie il est toujours très-développé partout.

Transparence. Nous n'avons rien à ajouter à ce que M. Vidal dit de ce signe, sinon qu'il faut le rechercher avec toutes les précautions que nous avons signalées lorsque nous avons traité de l'hydrocèle.

Fluctuation. Il faut se rappeler à propos de ce signe la fluctuation spéciale qui s'observe à une certaine période de l'orchite chronique, fluctuation circonscrite dans la portion du scrotum occupée par le testicule, et qui coïncide avec un état peu avancé ou une amélioration de la maladie, tandis que les autres fluctuations circonscrites, celles du tubercule et du cancer correspondent à des périodes graves de l'affection qui les produit, et à une époque où la peau commence à rougir dans les points correspondants.

Rapports du testicule avec la tumeur. Dans l'orchite chronique on trouve le testicule en bas et en avant, et une ligne circulaire permet ordinairement de le distinguer de l'épididyme, qui le coiffe à la manière d'un casque. Il faut aussi se rappeler que dans l'hydrocèle simple le testicule peut se trouver en avant, en dedans ou en dehors. Mais aucune de ces positions n'empêche, comme le croit M. Velpeau, la transparence d'être perçue.

Forme. Si l'on veut bien se rappeler ce que nous avons dit de ce caractère à propos de l'hydrocèle on aura toutes les modifications qu'il peut présenter.

Volume. Un volume très-considérable, dépassant par exemple la tête d'un fœtus à terme, exclut une foule d'affections, telles que l'hypertrophie simple, l'engorgement chronique vénérien ou non, la maladie enkystée du testicule, etc. On n'a guère alors à choisir qu'entre un encéphaloïde, un éléphantiasis, une hernie, maladies très-faciles à distinguer entre elles, comme nous le verrons par les caractères suivants. Le volume le moins considérable appartient d'abord au spermatocèle, puis à l'hypertrophie.

Nous n'avons rien à ajouter à ce que M. Vidal dit de la *consistance* et de la *douleur*, mais nous ajouterons quelques caractères qui ont été omis dans le tableau précédent, et qui sont fondés sur :

1° Les *antécédents.* Si le malade a eu des blenorrhagies et surtout une orchite aiguë, la tumeur sera presque certainement un engorgement syphilitique chronique. Si la maladie a débuté à la suite d'une action traumatique, on aura probablement affaire à une hématocèle ; mais pour tirer de cet antécédent tout le parti possible, il faudra avoir soin de le constater d'une manière extrêmement précise : car rien n'est plus fréquent que de voir des malades porter sans y faire attention, des tumeurs assez volumineuses, dont ils ne s'aperçoivent que lorsqu'une cause accidentelle fixe leur attention sur la partie malade.

2° Le *mode de formation.* Presque toutes les tumeurs commencent lentement par les parties profondes et inférieures des bourses. Mais :

La hernie commence par la partie supérieure ;

L'hydrocèle enkystée du cordon, par la partie moyenne.

L'hématocèle se forme brusquement au moins dans la première période de son développement.

Le cancer dit des ramoneurs et les végétations débutent par les parties superficielles ;

L'éléphantiasis, par les parties superficielles et profondes à la fois.

Les *lésions* et les *symptômes concomitants.* Une affection syphilitique concomitante indiquera un engorgement syphilitique ; la scrofule ou la phthisie, un engorgement tuberculeux ; d'autres engorgements cancéreux, un sarcocèle de même nature ; des lésions abdominales que l'on pourrait attribuer à une altération des ganglions lymphatiques indiquent également un cancer, s'il n'y a pas d'autres symptômes de scrofule.

L'*état du cordon.* Il ne présente de remarquable, à part l'état d'intégrité ou de maladie sur lequel nous avons insisté d'une manière générale, que cette forme en chapelet que nous avons dit appartenir presque exclusivement aux tubercules ; malheureusement il faut savoir que ce caractère est fort sujet à manquer.

L'*état de la peau.* Dans la plupart des maladies, la peau est plus ou moins tendue, mais non pas autrement altérée, si ce n'est pour les tumeurs qui se ramollissent, à l'époque où survient le ramollissement (tuberc. cancer.). Dans l'éléphantiasis la peau est partout ridée, épaissie, indurée ; elle présente l'aspect

d'une peau d'éléphant. Dans le cancer dit des ramoneurs elle est plus altérée encore que dans l'éléphantiasis, dans quelques points, tandis que dans d'autres elle est tout à fait saine.

Le tableau précédent a été fait dans le but de distinguer entre elles les tumeurs chroniques; quant aux tumeurs aiguës, comme les orchites, les phlegmons et abcès des bourses, les affections cutanées, les plaies, etc., leurs caractères sont tellement tranchés, qu'il aurait été parfaitement inutile de répéter ce qu'on a dit en traçant leur histoire.

FIN DU TOME QUATRIÈME.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME QUATRIÈME.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES DU TOME QUATRIÈME.